

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação

Luisa Aragão

**PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS QUE ATUAM NA INFÂNCIA
SOBRE SUAS PRÁTICAS COM AS FAMÍLIAS**

Belo Horizonte

2023

Luisa Aragão

**PERCEPÇÃO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS QUE ATUAM NA INFÂNCIA
SOBRE SUAS PRÁTICAS COM AS FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos da Ocupação.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Amélia Cardoso

Coorientadora: Profa. Dra. Alessandra Cavalcanti

Belo Horizonte
2023

F866p Aragão, Luisa
2023 Percepção de terapeutas ocupacionais que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias. [manuscrito] / Luisa Aragão - 2023.
90 f.: il.

Orientadora: Ana Amélia Cardoso
Coorientadora: Alessandra Cavalcanti

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 55-61

1. Terapia Ocupacional - Teses. 2. Profissionalismo - Teses. 3. Família e trabalho - Teses. I. Cardoso, Ana Amélia. II. Cavalcanti, Alessandra. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Antônio Afonso Pereira Júnior, CRB6: nº 2637
Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LUIZA ARAGÃO NOGUEIRA DE FREITAS

Realizou-se, no dia 12 de dezembro de 2023, às 09:00 horas, Sala 3095, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Percepção de terapeutas ocupacionais que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias*, apresentada por LUIZA ARAGÃO NOGUEIRA DE FREITAS, número de registro 2021699700, graduada no curso de TERAPIA OCUPACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ana Amélia Cardoso Rodrigues - Orientador (EEFTO/UFMG), Prof(a). Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza (UFTM), Prof(a). Lívia de Castro Magalhães (UFMG), Prof(a). Vanessa Madaschi (Universidade Presbiteriana Mackenzie).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

A versão final da dissertação, devidamente corrigida, deverá ser entregue até 60 dias após sua defesa.

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2023.

Prof(a). Ana Amélia Cardoso Rodrigues (Doutora)

Documento assinado digitalmente
gov.br ALESSANDRA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE E
Data: 17/01/2024 07:55:53-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof(a). Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza (Doutora)

Prof(a). Lívia de Castro Magalhães (Doutora)

Documento assinado digitalmente
gov.br VANESSA MADASCHI
Data: 16/01/2024 13:41:10-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof(a). Vanessa Madaschi ([



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO



FOLHA DE APROVAÇÃO

Percepção de terapeutas ocupacionais que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias

LUISA ARAGÃO NOGUEIRA DE FREITAS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.

Aprovada em 12 de dezembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Ana Amélia Cardoso Rodrigues - Orientadora
EEFTO/UFMG

Documento assinado digitalmente



ALESSANDRA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Data: 17/01/2024 07:55:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof(a). Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
UFTM

Prof(a). Livia de Castro Magalhães
UFMG

Prof(a). Vanessa Madaschi
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Bel



Documento assinado digitalmente
VANESSA MADASCHI
Data: 16/01/2024 13:41:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

)23.

AGRADECIMENTOS

Inicio este espaço agradecendo à vida que me oferece e me ensina tanto. Me sinto cuidada diariamente por tantas forças e pessoas que amo.

Em seguida agradeço a cada família que passa pelo meu caminho enquanto terapeuta ocupacional. Agradeço por confiarem que eu participe dos processos terapêuticos de seus filhos, por se colocarem vulneráveis e permitirem que eu também me coloque, por fazerem parte fundamental do meu processo profissional - de quem eu sou hoje e de quem eu ainda vou ser. É pela minha prática que me sinto instigada a fazer ciência, e é, também nela, que confirmo o poder da prática centrada na família.

Sigo em agradecimento às minhas orientadoras Ana Amélia Cardoso e Alessandra Cavalcanti, que direcionaram e apoiaram meu caminho no mestrado. Agradeço pelas discussões, por disponibilizarem o tempo de vocês mesmo à noite ou em finais de semana, e por me acolherem nas minhas falhas. Foi um prazer aprender mais sobre pesquisa com vocês. Reitero meu agradecimento à Ana Amélia, quem me apresentou à prática centrada na família e quem, desde a minha graduação, é uma importante direcionadora da minha trajetória profissional.

Agradeço aos meus colegas terapeutas ocupacionais que participaram desta pesquisa. Sem vocês este estudo não seria possível. Eu aprendi largamente com as participações e depoimentos de vocês. Aproveito para agradecer ao Curso de Pós-graduação em Estudos da Ocupação e à Universidade Federal de Minas Gerais por possibilitarem a existência de um programa de mestrado tão potente e importante. Junto a esse agradecimento, agradeço às demais docentes do programa que contribuíram para o meu aprendizado e por essa jornada.

Agradeço, profundamente, à minha família – e nela coloco minha mãe Adriana, meu pai Mário Lúcio, meu segundo pai Mário Sérgio, meus irmãos Marina e Pedro e meu companheiro de vida Leonardo. Vocês são todo o meu amor e a base mais sólida da minha vida. Agradeço aos meus pais pelo suporte, emocional e financeiro, pelo amor incondicional e por tornarem possível absolutamente tudo que eu sou e tenho hoje. Mãe, especialmente você é a minha maior inspiração. Aos meus irmãos, agradeço por dividirem comigo as dores da vida adulta, por acolherem meus anseios e vibrarem pelas minhas conquistas. Ao Lereu, que divide comigo cada grama de felicidade e tristeza na vida, que se debruçou na análise desta pesquisa para me ajudar, me acalmou em dias difíceis, se responsabilizou por muitos afazeres para que meu tempo fosse direcionado à pesquisa e me encorajou e, segue o fazendo, em cada passo que dou.

Agradeço imensamente à minha amiga e parceira de pesquisa Carla Lage, que contribuiu de forma significativa para a construção deste estudo, enriqueceu e acrescentou robustez às discussões. Também desejo agradecer especialmente às minhas amigas e sócias Ana Luísa e Victória, as quais vivenciam comigo, diariamente, a prática clínica da terapia ocupacional e que, por causa delas, meu caminho tem sido mais feliz, mais transformador e mais dinâmico. Vocês são, definitivamente, meus grandes pares para eu não andar só. Agradeço aos meus colegas de mestrado pelas trocas e apoios mútuos, vocês tornaram esse processo mais leve.

Como agradecimento final, gostaria de expressar a minha gratidão a todos os autores aqui citados que contribuíram com seu conhecimento para esta dissertação, e a tantos outros que contribuem arduamente para o campo da ciência. Me sinto inspirado por vocês e espero honrar e acrescentar à literatura e à prática da terapia ocupacional.

PREFÁCIO

Esta dissertação foi elaborada de acordo com as diretrizes do Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO) da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), conforme Resolução nº 02/2021 para dissertação no formato de artigo científico. Nesse formato, a primeira parte é composta obrigatoriamente por: (i) apresentação do trabalho com sumário explicando a estrutura e a organização da dissertação; (ii) tópico contendo a introdução que inclui a revisão da literatura; (iii) tópico com o método utilizado; (iv) tópico com o artigo originário do estudo, e (v) tópico com as considerações finais. O artigo resultado desta dissertação é titulado – Percepção de terapeutas ocupacionais que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias - e foi elaborado seguindo as regras do periódico *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. Após a defesa e correções, o artigo será submetido para a análise da revista. A segunda parte desta dissertação contém as seções que correspondem às referências bibliográficas e anexos. Nos anexos se encontram a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM), os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de cada fase da pesquisa, instrumento MPOC-SP, miniquestionário demográfico e análise de conteúdo das entrevistas individuais.

RESUMO

Nas últimas décadas, as evidências sobre a Prática Centrada na Família (PCF) têm aumentado, e os terapeutas ocupacionais que trabalham com atendimento a crianças têm feito uma transição da abordagem centrada no profissional para a abordagem da Prática Centrada na Família. Investigar as percepções dos profissionais acerca do centramento na família se faz necessário, uma vez que sua contribuição pode fornecer informações relevantes sobre a PCF. Considerando que há uma lacuna entre teoria e prática na PCF e, considerando, também, que os achados no Brasil e seu uso em políticas públicas foram restritos, esta pesquisa objetivou (1) mensurar e descrever a autopercepção de terapeutas ocupacionais mineiros que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias; (2) investigar se há relação entre os domínios do MPOC-SP e tempo de experiência do profissional, tempo de atuação clínica na infância, atuação em diferentes tipos de serviço e regiões de exercício profissional; (3) investigar a compreensão dos terapeutas ocupacionais sobre o conceito da PCF. Para abordar o propósito da pesquisa, um estudo de método misto de caráter descritivo foi conduzido. Na fase quantitativa, 58 terapeutas ocupacionais participaram respondendo ao MPOC-SP e a um questionário demográfico. A análise estatística foi realizada a partir de extração de dados para o Excel e, também, pelo SPSS, versão 21.0. Na fase qualitativa, 10 profissionais que participaram da 1ª fase do estudo, responderam a entrevistas individuais. As entrevistas foram transcritas e a análise de conteúdo foi realizada para se chegar nas categorias finais. Os resultados quantitativos apontaram que o domínio de tratamento respeitoso foi o mais bem classificado pelos TOs com pontuação 6 (muitíssimo) e, em contrapartida, o domínio de promover informações gerais foi o pior classificado, com pontuação 4 (mais ou menos). Na fase qualitativa, foram apontadas categorias que sugeriram que há premissas, princípios e elementos que os terapeutas têm interiorizados em suas práticas e que se aproximam da PCF, no entanto, existem diversos desafios para a implementação desta abordagem e ainda existem equívocos nas compreensões dos profissionais acerca da PCF. O estudo apontou que apesar de os terapeutas ocupacionais mineiros estarem familiarizados com alguns aspectos relevantes sobre a PCF, parece ainda haver muita influência do modelo biomédico nas práticas profissionais e ainda há um longo caminho para se percorrer no Brasil, tanto nos serviços quanto nas políticas públicas.

Palavras-chave: prática centrada na família; percepção profissional; terapia ocupacional; MPOC-SP; método misto

ABSTRACT

In recent decades, evidence on Family-Centered Practice (FCP) has increased, and occupational therapists working in child care have transitioned from a practitioner-centered approach to a Family-Centered Practice approach. Investigating professionals' perceptions about family-centeredness is necessary, since their contribution can provide relevant information about the PCF. Considering there is a gap between theory and practice in FCP and, also considering the findings in Brazil and its use in public policies were restricted, this research aimed to (1) measure and describe the self-perception of occupational therapists from Minas Gerais who work in childhood about their practices with families; (2) investigate whether there is a relationship between the MPOC-SP domains and the professional's length of experience, length of clinical experience in childhood, work in different types of services and regions of professional practice; (3) investigate occupational therapists' understanding of the FCP concept. To address the purpose of the research, a descriptive mixed method study was conducted. In the quantitative phase, 58 occupational therapists participated by answering the MPOC-SP and a demographic questionnaire. The statistical analysis was carried out by extracting data into Excel and also using SPSS, version 21.0. In the qualitative phase, 10 professionals who participated in the 1st phase of the study, responded to individual interviews. The interviews were transcribed and content analysis was carried out to arrive at the final categories. The quantitative results showed that the respectful treatment domain was the best rated by OTs with a score of 6 (very much) and, on the other hand, the domain of promoting general information was the worst rated, with a score of 4 (more or less). In the qualitative phase, categories were highlighted that suggested there are premises, principles and elements that therapists have internalized in their practices and are close to the FCP, however, there are several challenges to implementing this approach and there are still misunderstandings in the professionals' conception about the FCP. The study pointed out although occupational therapists from Minas Gerais are familiar with some relevant aspects about FCP, there still seems to be a lot of influence of the biomedical model on professional practices and there is still a long way to go in Brazil, both in services and in public policies.

Keywords: family-centered practice; professional perception; occupational therapy; MPOC-SP; mixed method

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1: 4 paradigmas de programas orientados à família | 15 |
| Figura 1 (artigo): Respostas dos itens do MPOC-SP considerando escala likert..... | 37 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Premissas, princípios e elementos da PCF..... | 17 |
| Tabela 2: Taxonomia do design da pesquisa..... | 23 |
| Tabela 3: Perguntas disparadoras..... | 26 |
| Tabela 1 (artigo): Perguntas disparadoras..... | 33 |
| Tabela 2 (artigo) Características demográficas dos participantes da fase quantitativa..... | 34 |
| Tabela 3 (artigo): Pontuação dos domínios e itens do MPOC-SP..... | 35 |
| Tabela 4: Relação entre domínios do MPOC-SP e variáveis..... | 38 |
| Tabela 5 (artigo): Características demográficas dos participantes da fase qualitativa..... | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACCH | Association for the Care of Children's Health |
| AOTA | American Occupational Therapy Association |
| ECIA | Early Childhood Intervention |
| EUA | Estados Unidos da América |
| IDEA | Individuals with Disabilities Education Improvement Act |
| LBI | Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência |
| MPOC-SP | Measure of Process of Care – Service Providers |
| NCRU | Neurodevelopmental Clinical Research Unit |
| NDIS | National Disability Insurance Scheme |
| NHS | National Health Services |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PCD | Pessoa com Deficiência |
| PCF | Prática Centrada na Família |
| PSFI | Plano de Serviço Familiar Individualizado |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFTM | Universidade Federal do Triângulo Mineiro |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 | Prática centrada na família | 14 |
| 1.1.1 | <i>Panorama histórico</i> | 14 |
| 1.1.2 | <i>Definições</i> | 16 |
| 1.1.3 | <i>Características</i> | 16 |
| 1.1.4 | <i>Cenário mundial</i> | 17 |
| 1.2 | Prática centrada na família na terapia ocupacional | 18 |
| 1.3 | Uso de instrumentos na pesquisa sobre a PCF | 20 |
| 1.4 | Desafios na prática centrada na família | 21 |
| 1.5 | Justificativa da pesquisa | 21 |
| 1.6 | Objetivo geral | 22 |
| 1.6.1 | <i>Objetivos específicos</i> | 22 |
| 2 | MÉTODOS | 23 |
| 2.1 | Fase quantitativa | 24 |
| 2.1.1 | <i>CrITÉRIOS de inclusão</i> | 24 |
| 2.1.2 | <i>Participantes</i> | 24 |
| 2.1.3 | <i>Instrumentos</i> | 24 |
| 2.1.4 | <i>Coleta de dados</i> | 25 |
| 2.1.5 | <i>Análise de dados</i> | 25 |
| 2.2 | Fase qualitativa | 26 |
| 2.2.1 | <i>CrITÉRIOS de inclusão</i> | 26 |
| 2.2.2 | <i>Participantes</i> | 26 |
| 2.2.3 | <i>Instrumentos</i> | 26 |
| 2.2.4 | <i>Coleta de dados</i> | 27 |
| 2.2.5 | <i>Análise de dados</i> | 27 |
| 3 | ARTIGO | 28 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 56 |
| | REFERÊNCIAS | 57 |
| | ANEXOS | 64 |
| | APÊNDICES | 71 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Prática Centrada na Família

A Prática Centrada na Família (PCF) tem sido cada vez mais adotada como uma abordagem eficaz e recomendada para atuação na infância (Novak, Honan, 2019; Hanna, Rodger, 2002). A partir de uma abordagem baseada em pontos fortes e focada em soluções, os profissionais reconhecem a singularidade de cada sistema familiar, bem como sua expertise, para prestar serviços de acordo com as necessidades e prioridades de cada família (Canchild, 2014). Ao considerar que criança e família fazem parte de um sistema ecológico (Bronfenbrenner, 1979), os profissionais que atuam na infância devem ser capacitados não apenas no apoio às crianças, mas também em estabelecer comunicação e parceria com as famílias como parte importante de um bom resultado terapêutico (Jaffe, Cosper, 2014).

1.1.1 Panorama histórico

Anteriormente às teorias ecológicas ganharem força na atuação na infância, os profissionais têm sido historicamente guiados pelo modelo biomédico, cujo foco principal se dá nas doenças e condições traumáticas (Ghaemi, 2015). Esse modelo é caracterizado, principalmente, pelo foco biológico na compreensão de condições de saúde, por estabelecer hierarquia de poderes entre profissional e cliente, e por fragmentar os saberes entre partes do corpo e funcionamento da mente (Rocca, Anjum, 2020). Tais conceitos começaram a perder força por volta dos anos 50, quando o psicólogo americano Carls Rogers desenvolveu o conceito da terapia centrada no cliente (Rogers, 1951), em que este passou a ser respeitado e considerado parte importante na tomada de decisões sobre seus processos de cuidado (Rogers, 1951; Wexler, Rice, 1974).

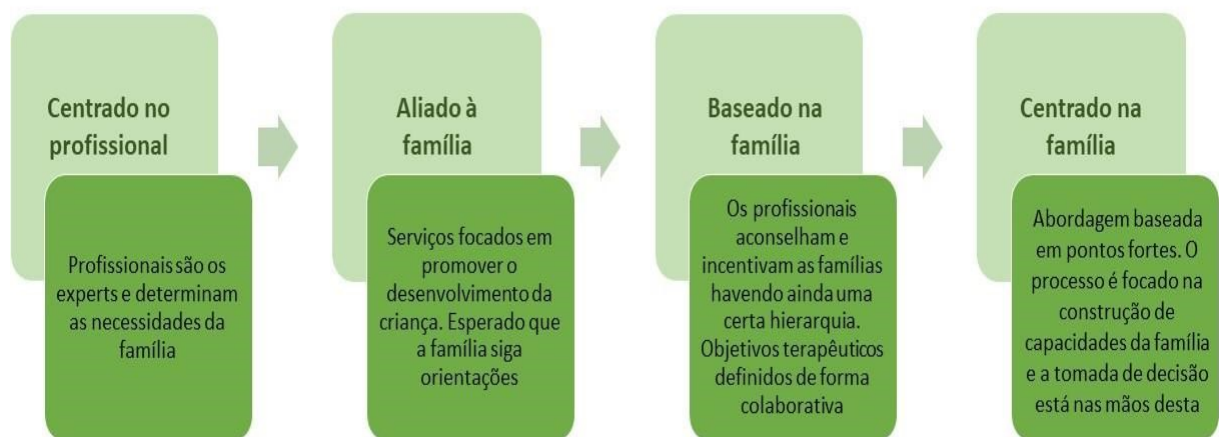
A terapia centrada no cliente contribuiu para o desenvolvimento da centralização na família. A ideia do centramento no cliente passou a fortalecer a construção de um movimento que apoiava as famílias como parceiras na prestação de cuidados de saúde na América do Norte (Kokorelias *et al.*, 2019; Rosenbaum *et al.*, 1998). Em 1986, os elementos-chave da PCF passaram a ser exigidos nos EUA para serviços de intervenção precoce, a partir da Lei Pública 99-457 e, em 1987, esses elementos foram popularizados nos círculos profissionais por uma publicação da Associação para o Cuidado da Saúde Infantil (ACCH) (Trivette *et al.*, 1993). A partir daí, esse movimento foi alavancado para o cenário mundial até se tornar um fenômeno global.

Embora a filosofia por trás dos profissionais que prestam cuidados na infância seja derivada do modelo biomédico, alguns autores pioneiros no campo da PCF afirmam que a filosofia utilizada neste tipo de serviço é incompatível com uma abordagem focada na doença, que vê o profissional como o especialista e autoridade primária na relação profissional-cliente (Dunst *et al.*, 2002; Healy, 2016; Rosenbaum *et al.*, 1998). A mudança do uso do modelo biomédico para o uso da PCF tem sido um processo gradual que abrange diversos países e grande parte das profissões que atuam na infância, e que foi impulsionado com o surgimento das teorias ecológicas (Espe-Sherwindt, 2008).

A teoria dos sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979) explica que o desenvolvimento e o comportamento das crianças estão em constante interação com os seus ambientes naturais e com os familiares presentes nas suas vidas diárias (Bronfenbrenner, 2009). Quando os terapeutas abraçam a ecologia da família e fazem um esforço para contribuir com o funcionamento deste sistema, os conhecimentos combinados das partes envolvidas facilitam o funcionamento da família, promovem o acesso aos recursos comunitários e favorecem a ocupação das crianças (Jaffe, Cosper, 2014). A teoria dos sistemas ecológicos corrobora com a filosofia da PCF, reforçando a premissa de que o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças são influenciados pelos sistemas que as rodeiam, principalmente as suas famílias e comunidades (Bronfenbrenner, Ceci, 1994).

Considerando a influência da família no desenvolvimento das crianças, Dunst e colaboradores (1991) avaliaram o grau em que as políticas e práticas na infância envolviam as famílias e chegaram a 4 paradigmas de programas, os quais estão ilustrados na figura 1:

Figura 1: 4 paradigmas de programas orientados à família - tradução própria



Fonte: (Dunst *et al.* 1991, p. 119)

1.1.2 Definições

Ainda não existe consenso sobre a definição de PCF na literatura atual, devido à vasta gama de cenários de saúde em todo o mundo, que geram uma variedade de modelos centrados na família (Kokorelias *et al.*, 2019). Apesar disso, as primeiras definições começaram a surgir como práticas relacionais e participativas (Hanna, Rodger, 2002). Dunst (2002), um autor proeminente da PCF, criou uma definição baseado em sua revisão de literatura, que compreende

o centramento na família como crenças e práticas que tratam as famílias com dignidade e respeito; práticas individualizadas, flexíveis e responsivas; partilha de informação para que as famílias possam tomar decisões informadas; escolha da família em relação a uma série de aspectos das práticas do processo terapêutico e opções de intervenção; colaboração e parcerias pais-profissionais como contexto para relações família-processo; e a provisão e mobilização de recursos e apoios necessários para que as famílias cuidem e criem os seus filhos de forma a produzir resultados ótimos para as crianças, os pais e a família (Dunst, 2002, p. 141).

O cuidado centrado na família vem sendo relatado na literatura como uma filosofia (Franck, Callery, 2004), um paradigma (Hall, 2005), um modelo de cuidado (Shields *et al.*, 2007), ou referido como uma teoria prática (Hutchfield, 1999). A AOTA define o cuidado centrado na família como uma “abordagem ao serviço que incorpora respeito e parceria com os clientes como participantes ativos no processo terapêutico” e o termo abordagem como “estratégias selecionadas para direcionar os processos de avaliação e intervenção com base nos resultados desejados do cliente, dados de avaliação e evidências de pesquisa” (AOTA, 2020a, p.63).

Termos como “cuidado centrado na família”, “serviço centrado na família”, “modelo centrado na família”, “intervenção centrada na família”, “abordagem centrada na família” e “prática centrada na família” vêm sendo referidos na literatura para discutir a temática do centramento na família (Boyle, 2014; Graham, 2018; Kahjoog, 2019; Piggot *et al.*, 2003; Rosenbaum, 1998; Willis, 2016). O termo “Prática Centrada na Família” vem sendo utilizado com frequência na literatura nacional (Antunes, Vaz, 2021; Dias *et al.*, 2017; Volpini *et al.*, 2013) e, por isso, este termo é utilizado no decorrer desta dissertação, compreendendo a PCF como uma abordagem.

1.1.3 Características

Baseado em um revisão de literatura e de acordo com as ideias da Unidade de Pesquisa Clínica do Neurodesenvolvimento (NCRU) sobre o centramento na família, Rosenbaum *et al.* (1998) elaboraram um quadro de três níveis (premissas, princípios e elementos) para

caracterizar a PCF, tentando incorporar ideias atuais e oferecer perspectivas tanto aos pais como aos profissionais sobre a temática. A tabela 1 retrata o quadro organizado pelos autores.

Tabela 1: Premissas, princípios e elementos da PCF - tradução própria (Rosenbaum et al, 1998, p. 6)

| Premissas | | |
|--|---|---|
| ○ Os pais conhecem melhor seus filhos e desejam o melhor para eles. | ○ Famílias são diferentes e únicas | ○ O funcionamento ideal da criança ocorre dentro de um contexto familiar e comunitário de apoio: a criança é afetada pelo estresse e pelo enfrentamento de outros membros da família. |
| Princípios orientadores | | |
| ○ Cada família deve ter a oportunidade de decidir o nível de envolvimento que deseja na tomada de decisões do seu filho. | ○ Cada família e cada membro da família devem ser tratados com respeito (como indivíduos) | ○ As necessidades de todos os membros da família devem ser consideradas |
| ○ Os pais devem ter a responsabilidade final pelo cuidado dos seus filhos | | ○ O envolvimento de todos os membros da família deve ser apoiado e encorajado. |
| Elementos (comportamentos-chave do provedor de serviços) | | |
| ○ Incentivar a tomada de decisão dos pais | ○ Respeitar as famílias | ○ Considerar as necessidades psicossociais de todos os membros |
| ○ Auxiliar a identificar pontos fortes | ○ Apoiar famílias | ○ Incentivar a participação de todos os membros |
| ○ Fornecer informações | ○ Ouvir | ○ Respeitar estilos de enfrentamento |
| ○ Auxiliar a identificar necessidades | ○ Fornecer atendimento individualizado | ○ Incentivar o uso de apoios comunitários |
| ○ Colaborar com os pais | ○ Aceitar a diversidade | ○ Construir pontos fortes |
| ○ Fornecer serviços acessíveis | ○ Acreditar e confiar nos pais | |
| ○ Compartilhar informações sobre a criança | ○ Comunicar claramente | |
| | ○ Focar em resolução de problemas | |

1.1.4 Cenário mundial

Em 2002, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou um documento que reconhece as famílias como “agentes e beneficiárias” em políticas e programas orientados para a família. Esse documento incentiva a inclusão das famílias no desenvolvimento, implementação e

avaliação de ações, uma vez que as suas contribuições podem ser úteis para orientar o processo e direcionar esforços em direção a objetivos relevantes (ONU 2002). Nos Estados Unidos, a PCF faz parte da legislação federal, por meio da Lei de Melhoria da Educação de Indivíduos com Deficiência (IDEA, 2019). A IDEA foi criada para garantir que as famílias estejam ativamente envolvidas como parceiras na intervenção precoce e nos serviços de educação infantil, assim como, tenham acesso a planos de serviços familiares individualizados (PSFIs). Da mesma forma, um sistema nacional de intervenção precoce foi implementado em Portugal para integrar as famílias na educação, saúde e serviços sociais (Martins *et al.* 2018).

No Canadá, as diretrizes terapêuticas de intervenção precoce são usadas para apoiar o desenvolvimento de um planejamento e prestação de serviços com base em um processo colaborativo entre profissionais e famílias (Ministério da Criança e do Desenvolvimento Familiar, 2009). No Reino Unido, os Serviços Nacionais de Saúde (NHS) consideram a centralização na família fundamental para um serviço de alto padrão (Millar *et al.*, 2013). Na Austrália, tanto as diretrizes nacionais para as melhores práticas em Intervenção na Primeira Infância (ECIA), como o Regime Nacional de Seguro de Incapacidade (NDIS) incentivam o uso da PCF para apoiar as famílias a alcançar saúde e bem-estar no ambiente de intervenção precoce (Marchbank, 2017).

No Brasil, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015) aborda, no capítulo II - Do Direito à Habilitação e à Reabilitação – artigo 17, o dever de os serviços de saúde e assistência social “garantirem à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social”. Apesar de existir essa citação à família, não há diretrizes, nesta lei, que apoiem a participação ativa e colaborativa das famílias nos processos terapêuticos das pessoas com deficiência (PCD). O Ministério da saúde elaborou, em 2016, diretrizes de estimulação precoce, em que há um capítulo que retrata a importância da participação da família no processo terapêutico. No entanto, o termo “centrado na família” é relacionado à orientação familiar em partes do documento (Brasil, 2016).

1.2 Prática centrada na família na terapia ocupacional

Na terapia ocupacional, uma transição para a PCF garante um serviço de apoio, prática colaborativa e direcionamento que aumenta a participação das crianças e suas famílias em suas ocupações diárias (Bourke-Taylor, 2017). Nas últimas décadas, os terapeutas ocupacionais que trabalham com o desenvolvimento infantil têm feito uma transição da

abordagem centrada no profissional para a abordagem da Prática Centrada na Família (Hanna, Rodger, 2002). A colaboração com as famílias é indicada como parte do papel da terapia ocupacional e um princípio fundamental dos serviços de terapia ocupacional (AOTA, 2021), além de ser apontada como uma abordagem com alta efetividade para lidar com desempenho ocupacional e capacitação parental (Novak, Honan., 2019).

Em seu livro “Melhores práticas de terapia ocupacional para crianças e famílias em ambientes comunitários”, Dunn (2011) propôs um conjunto de diretrizes para descrever os princípios e filosofias recomendadas na prática da terapia ocupacional. Um dos princípios descreve que os profissionais são responsáveis pela adoção de uma perspectiva centrada na família quando trabalham com crianças e famílias. Outro exemplo é que os profissionais e as famílias têm o direito e o dever de se envolverem na organização e estruturação mútua e recíproca dos serviços por meio de uma abordagem baseada na comunidade. Por fim, os clientes têm direito a ter opções e a determinar as intervenções preferidas e os profissionais, por sua vez, devem informá-los sobre a eficácia destas opções como possíveis soluções (Dunn, 2011).

No Brasil, a literatura envolvendo a terapia ocupacional e a prática centrada na família ainda é escassa. A partir de buscas em periódicos nacionais de terapia ocupacional, poucos estudos foram encontrados com essa temática (Dias *et al.*, 2017; Fernandes *et al.*, 2018; VAZ, *et al.*, 2018; Volpini *et al.*, 2013). Ao ampliar tais buscas para bases de dados como Scielo e Lilacs, pesquisas envolvendo equipe multidisciplinar foram encontradas (Bonfim *et al.*, 2023; Balbino *et al.*, 2016; Marchetti *et al.*, 2023) e uma prevalência de estudos na área de enfermagem foi notada (Amador, 2015; Botelho, 2018; Cruz, 2011; Gonçalves, 2022).

Uma revisão de escopo realizada em 2022 por Lage, levantou o número de estudos publicados em língua inglesa envolvendo a temática da PCF na terapia ocupacional desde 1998 até os dias atuais, em que o Brasil teve ocorrência de 4 publicações (Araújo *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2021; Brandão *et al.*, 2019; Fraga *et al.*, 2019). Em contrapartida, países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido, respectivamente, foram os países que mais publicaram sobre a PCF na terapia ocupacional, indicando que a abordagem tem se mostrado consolidada e em expansão no cenário mundial, principalmente em países desenvolvidos (Lage, 2022).

Considerando a expansão da PCF, alguns autores têm se dedicado a estudar a percepção dos envolvidos em relação ao centramento na família em diferentes tipos de serviços desenvolvidos por terapeutas ocupacionais. Nessa revisão (Lage, 2022), é possível notar uma prevalência de estudos direcionados para a percepção das famílias sobre a PCF (e.x. Brandão

et al., 2019; Foster, 2013; Rekoutis, 2010; Screiber, 2011; Thompson, 1998; Wallish *et al.*, 2019). Contudo, também é importante incluir profissionais neste processo investigativo, uma vez que sua contribuição pode fornecer informações relevantes sobre a PCF. Ao analisar o conteúdo e o estilo de prestação de cuidados a partir das perspectivas dos prestadores de serviços, os gestores podem investigar “se” e “quando” existem lacunas entre o cenário desejado e as práticas atuais, como também podem compreender melhores formas de apoiar a PCF (Woodside, 2001). É, também, importante notar que a participação neste processo de autoavaliação pode aumentar a conscientização dos profissionais sobre o cenário ideal de centramento na família e, assim, servir como uma ferramenta educacional (Woodside *et al.*, 2001).

1.3 Uso de instrumentos na pesquisa sobre a PCF

A PCF vem sendo estudada a partir de diferentes recortes de pesquisa e perspectivas. Uma série de estudos quantitativos (Araújo *et al.*, 2021; Brandão *et al.*, 2019; Hall, 2005), qualitativos (Boyle, 2014; Kahjoog, 2019; Wallish *et al.*, 2019), mistos (Darrah *et al.*, 2010; Graham *et al.*, 2018; Stefansdottir, Egilson, 2016) e revisões (Hanna, Rodger, 2002; Dunst, 2002; Kokorelias *et al.*, 2019; Lage, 2022) estão sendo cada vez mais publicados, ampliando a riqueza de informações sobre a PCF e aumentando seu nível de evidência científica.

Instrumentos padronizados, confiáveis e validados vêm sendo utilizados para se fazer diagnósticos situacionais sobre o uso da PCF. Existem algumas avaliações que foram criadas para mensurar esse uso em diferentes serviços (King *et al.*, 1996; Letourneau, Elliot, 1996; Murphy, *et al.*, 1995; Shields, Tanner, 2004; Woodside, *et al.*, 2001). Dois destes instrumentos foram adaptados para uso no Brasil: os Questionários Shields e Tanner (Silva *et al.*, 2015), usados com crianças que recebem cuidados de saúde de base hospitalar, e as Medidas de Processos de Cuidado (MPOC-20 e MPOC-SP), que foram projetados especificamente para serviços de reabilitação (Antunes *et al.*, 2020).

O MPOC-SP foi um instrumento elaborado para mensurar as percepções dos profissionais sobre em que medida seus serviços se aproximam da PCF (Woodside *et al.*, 2001). Esse instrumento foi construído com base nas premissas, princípios e elementos da PCF (tabela 1) elaborados por Rosenbaum e outros pesquisadores (1998).

Para além de mensurar o uso da PCF, vê-se a importância de compreender seus contextos e processos. A pesquisa qualitativa vem ganhando espaço nesse cenário, uma vez que ela é capaz de compreender os significados dos processos para os participantes, bem como

compreender como eles ocorrem (Kielhofner, 1982). A pesquisa qualitativa vem sendo usada na PCF para investigar as perspectivas dos envolvidos sobre os processos terapêuticos (Wallish *et al.*, 2019), para compreender barreiras e facilitadores dos processos (Kahjoog *et al.*, 2020), explorar as experiências profissionais (Boyle *et al.*, 2014), entre outras temáticas relevantes.

1.4 Desafios para a prática centrada na família

Na intervenção na infância, a prática profissional ainda pode ser influenciada por resquícios de sua origem no modelo médico tradicional (Hanna, Rodger, 2002). Rosenbaum e colaboradores (1998) apontaram que, ao se adotar o uso da PCF nos serviços, a noção de participação familiar pode ser simultaneamente libertadora e ameaçadora para os prestadores de serviços. Por um lado, os profissionais não são mais vistos como detentores de todo o conhecimento, se veem vulneráveis quando suas orientações não são validadas pelas famílias e confusos com as mudanças nos papéis tradicionalmente adotados. Por outro lado, as responsabilidades pelo bem-estar das crianças são transferidas para a família, os prestadores de serviços não precisam mais suportar o fardo da cura e do cuidado. Em vez disso, as famílias podem se tornar verdadeiras parceiras com relações baseadas na confiança, no respeito, na capacitação e na aceitação delas como parte competente do processo. Assim, considerando esses aspectos citados, se vê a importância de compreender a percepção dos profissionais sobre suas próprias práticas (Rosenbaum *et al.*, 1998).

A implementação de abordagens centradas na família também pode enfrentar barreiras políticas, atitudinais e socioeconômicas (Darrah *et al.*, 2010). O desenvolvimento, implementação e resultados dessas abordagens podem apresentar discrepâncias entre si considerando variáveis importantes como: o conhecimento do profissional acerca do tema, a atitude e experiência do profissional, expectativas e contextos familiares diversos, aspectos institucionais envolvendo a política e infraestrutura dos serviços (Bamm, Rosenbaum, 2008; Cruz, 2011; Darrah *et al.*, 2010).

1.5 Justificativa da pesquisa

Independente de culturas, crenças e valores, é indiscutível a responsabilidade da família sobre o desenvolvimento das crianças. Considerando as famílias no processo terapêutico, é de suma importância que os terapeutas ocupacionais desenvolvam competências para apoiá-las e realizarem o processo em colaboração (Jaffe, Cosper, 2014).

No entanto, apesar do crescimento e reconhecimento da terapia ocupacional nos cuidados de saúde, existem lacunas persistentes que expõem a dificuldade em unir a teoria e a prática do centramento na família (Hanna, Rodger, 2002). O conhecimento, atitude e experiência do profissional acerca do tema e aspectos institucionais envolvendo a política e infraestrutura dos serviços são variáveis relevantes que influenciam a implementação da PCF (Bamm, Rosenbaum, 2008; Cruz, 2011; Darrah *et al.*, 2010). Considerando que há uma lacuna entre teoria e prática na PCF e, considerando, também, que os achados na literatura sobre PCF no Brasil e seu uso em políticas públicas foram restritos, é importante realizar processos investigativos acerca do tema, bem como incluir a percepção dos próprios terapeutas ocupacionais, uma vez que sua contribuição pode fornecer informações relevantes sobre a PCF (Woodside *et al.*, 2001).

1.6 Objetivo geral

Mensurar e descrever a autopercepção de terapeutas ocupacionais mineiros que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias.

1.6.1 Objetivos específicos:

- Identificar áreas em que os terapeutas ocupacionais considerem desafiadoras e que indiquem necessidade de melhoria (domínios e itens do MPOC-SP).
- Investigar se há relação entre os domínios do MPOC-SP e o tempo de experiência do profissional e de sua atuação clínica na infância.
- Compreender se há relação entre os domínios do MPOC-SP e a atuação em diferentes tipos de serviço e regiões de exercício profissional.
- Compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre suas relações com os familiares.
- Compreender se e como as famílias participam do processo da terapia ocupacional.
- Investigar qual a compreensão dos terapeutas ocupacionais sobre o conceito da PCF.

2 MÉTODO

Para abordar o propósito da pesquisa, um estudo de **método misto de caráter descritivo, transversal e observacional** foi conduzido. A premissa central destes desenhos é que a utilização de abordagens quantitativas e qualitativas em combinação, proporciona uma melhor compreensão das perguntas de investigação em questão (Robins *et al.* 2008). Em revisão de literatura feita por Palinkas *et al.* (2011), os autores encontraram 5 razões principais para esse tipo de desenho ser usado em pesquisas: (1) utilizar métodos quantitativos para mensurar dados e métodos qualitativos para compreender o processo; (2) conduzir pesquisas descritivas e exploratórias; (3) examinar o conteúdo e o contexto da pesquisa; (4) incorporar a percepção dos potenciais consumidores de práticas baseadas em evidências; (5) para os métodos dialogarem entre si.

A tabela 2 apresenta o tipo de recorte definido pelas autoras a partir da taxonomia dos designs de métodos mistos (Palinkas *et al.*, 2011):

Tabela 2: Taxonomia do design da pesquisa

| Elemento | Categoria | Definição |
|-----------|-------------------|--|
| Estrutura | Quan → QUAL | Coleta e análise sequencial de dados quantitativos e qualitativos, para o propósito principal de exploração/geração de hipóteses |
| Função | Complementaridade | Usar cada conjunto de métodos para responder a uma pergunta relacionada ou a uma série de perguntas para fins de investigação |
| Processo | Conectado | Construção de um conjunto de dados baseado em outro conjunto de dados |

Em relação aos aspectos quantitativos, foi realizada autoavaliação feita por terapeutas ocupacionais que atuam com crianças, a partir de instrumento padronizado e validado para a população brasileira, o MPOC-SP, que será descrito na seção de instrumentos.

No que concerne aos aspectos qualitativos, foram realizadas entrevistas individuais, com a intenção de compreender as percepções dos profissionais sobre a PCF e possibilitar a aproximação de uma temática ainda pouco estudada no cenário brasileiro, porém, muito difundida e com alta evidência no cenário internacional.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba/MG, e aprovado por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 60482922.2.0000.5154 (Anexo C).

2. 1 Fase quantitativa

2.1.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram:

- Os terapeutas ocupacionais deveriam estar ativos em sua profissão;
- Os terapeutas ocupacionais deveriam atuar no estado de Minas Gerais;
- Os terapeutas ocupacionais deveriam atuar em serviços de atendimento à infância;
- O termo serviços se referiu a: clínicas; salas; espaços; consultórios; ginásios; centros; associações; hospitais; serviços públicos e privados;
- O termo “criança” se referiu a pessoas com até 12 anos de idade (primeira, segunda e terceira infância).

2.1.2 Participantes

A escolha dos participantes se deu por amostra de conveniência. O convite foi divulgado por meio de redes sociais e e-mail, com colaboração do CREFITO-4. Foram incluídos no estudo 58 profissionais de terapia ocupacional que atuam em Minas Gerais, inscritos no CREFITO-4, para responderem ao MPOC-SP. Os terapeutas ocupacionais que concordaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido relacionado à essa etapa da pesquisa (anexo D).

2.1.3 Instrumentos

Miniquestionário sociodemográfico (anexo B) – utilizado com o intuito de coletar as seguintes informações dos profissionais: universidade de formação; tempo de formação; tempo de atuação na infância; se possui alguma especialização; atuação em serviço público, conveniado ou privado; região onde trabalha (capital; região metropolitana; interior do estado).

Medida de Processos de Cuidado – prestadores de serviço (MPOC-SP) – (Woodside *et al.*, 2001) - (anexo A) – questionário de autoavaliação para prestadores de serviços que atuam na infância, com 27 itens, cujo objetivo é mensurar em que medida os serviços prestados pelos profissionais são centrados na família, a partir de suas próprias percepções. Os itens são divididos em 4 domínios: tratamento respeitoso; sensibilidade interpessoal; comunicação de informações específicas sobre a criança; promovendo informações gerais. Cada item é pontuado a partir de uma escala *likert* de 1 (de jeito nenhum) a 7 (totalmente), ou 0 (não se aplica). A pontuação dos domínios é calculada da seguinte maneira: soma das respostas dos

itens dividida pelo número de respostas válidas (“zero” ou em branco são consideradas respostas inválidas). O instrumento foi traduzido e validado para uso no Brasil (Antunes *et al*, 2020). As pesquisadoras enviaram e-mail para os autores do instrumento solicitando permissão de uso para o desenho metodológico escolhido e, os autores Peter Rosenbaum e Gillian King autorizaram tal formato (rosenbaum@mcmaster.ca; gking@hollandbloorview.ca).

2.1.4 Coleta de Dados

A coleta de dados se deu de maneira online, via Google Forms, com o intuito de abarcar um número maior de serviços e profissionais de Minas Gerais. O convite para a participação na pesquisa se deu via CREFITO-4, colegiados de terapia ocupacional da UFTM e UFMG; e-mails para serviços de atuação na infância, via redes sociais e método *snowball* (convite indireto por terceiros a partir da divulgação da pesquisa). Quando o profissional acessava o link para preenchimento, ele tinha acesso a 5 seções:

Seção 1 – objetivo e interesse em participar da pesquisa;

Seção 2 – TCLE;

Seção 3 – questionário sociodemográfico;

Seção 4 – MPOC-SP;

Seção 5 – relato do participante (opcional)

Após o final do estudo, todos os profissionais que preencheram o MPOC-SP receberão um feedback com os resultados da pesquisa e apontamento dos domínios que estão em congruência com a prática centrada na família e dos domínios mais desafiadores que necessitam de maior atenção para avançar em direção à PCF. Também, um documento norteador de boas práticas colaborativas está em confecção para ser enviado em conjunto com o resultado compilado do estudo.

2.1.5 Análise de dados

Os dados quantitativos foram coletados a partir do preenchimento do questionário sociodemográfico e do MPOC-SP. Os dados individuais foram transferidos para tabelas e gráficos para examinar as respostas a partir de estatística descritiva utilizando o Excel e o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS para Windows – (Versão 21.0).

O teste de Kruskal Wallis foi utilizado com o intuito de investigar a relação entre as pontuações dos domínios do MPOC-SP e tempo de experiência e especialização profissional, tipos de serviço e regiões de exercício profissional.

2. 2 Fase qualitativa

2.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram:

- Os Terapeutas ocupacionais deveriam ter participado da primeira fase da pesquisa.

2.2.2 Participantes

Foram incluídos no estudo 10 profissionais para responderem às perguntas disparadoras das entrevistas individuais. Os terapeutas ocupacionais que concordaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido relacionado à essa etapa da pesquisa (anexo E).

2.2.3 Instrumentos

Entrevista individual – as etapas do processo de entrevista, bem como a elaboração das perguntas disparadoras, foram realizadas a partir do checklist elaborado por Tong e colaboradores (2007). As perguntas disparadoras estão mencionadas na tabela 3 (análise de conteúdo no anexo F). As entrevistas contaram com a presença de 1 mediadora (quem mediou as perguntas disparadoras) e 1 observadora/técnica (que manteve sua câmera desligada e esteve presente para lidar com os aspectos técnicos da entrevista online e fazer anotações que se fizeram pertinentes sobre a dinâmica da entrevista). Todas as entrevistas foram realizadas anteriormente ao processo de correção dos scores do MPOC-SP para não haver riscos de enviesamento.

Tabela 3: perguntas disparadoras

| Item | Pergunta disparadora |
|------|---|
| 1.0 | Como é o seu relacionamento com as famílias que você acompanha? |
| 1.A | Você pode dar exemplos positivos e de entraves dessas relações? |
| 2.0 | As famílias participam do processo terapêutico? |
| 3.0 | O que é a “Prática Centrada na Família” para você? |

2.2.4 Coleta de Dados

Dentre os 58 terapeutas ocupacionais que participaram da fase quantitativa, 53 informaram seu email e permitiram ser contatados em outras fases da pesquisa. Os 53 participantes que informaram seus emails foram convidados a participarem da fase qualitativa do estudo e 12 responderam afirmando interesse em participar. Dos 12 interessados, 10 disponibilizaram datas e a entrevista efetivamente ocorreu (1 participante parou de responder à pesquisadora e 1 participante não conseguiu horário disponível para realizar a entrevista). A entrevista se deu pelo *Google Meet* e teve duração de até 60 minutos. Após a entrevista, foi realizada a transcrição de todas as falas. As transcrições foram enviadas para os participantes a título de terem a oportunidade de retirar falas ou fazer comentários acerca das falas existentes, como sugere Tong *et al.* (2007).

2.2.5 Análise de dados

Os dados das entrevistas individuais foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2022). As fases de definição de índices temáticos, unidades de compreensão, unidades de registro, e ideias de categorias, foram realizadas por duas pesquisadoras (pesquisadoras 1 e 2), com verificação e definição final de categorias por terceira pesquisadora (pesquisadora 3).

A transcrição foi realizada com auxílio do aplicativo “*Happy Scribe: audio transcription*” e, envolveu ouvir cuidadosamente as videochamadas gravadas, enquanto ocorriam as correções de digitação das palavras em um documento Word. Cada discussão foi transcrita na íntegra antes do início de outra transcrição. Para cada entrevista, um documento word foi criado a partir e os participantes foram enumerados de 1 a 10. Ambos os documentos originais e de trabalho das transcrições ficarão salvos por 5 anos com permissão dos proprietários dos direitos autorais.

Concluída a transcrição, o processo de análise e codificação foi iniciado. Antes de iniciar a organização dos índices temáticos, leitura flutuante foi realizada e, a partir dela, declarações importantes e vinculadas à temática foram sublinhadas. A partir dos temas sublinhados e índices temáticos criados, as pesquisadoras 1 e 2 se uniram para discutirem de forma sistemática e explorarem o material, para posterior definição das unidades de registro e levantamento de categorias. Ao final desse processo, a pesquisadora 3 concluiu e alinhou as categorias tendo em vista os objetivos da pesquisa. Todo o processo de análise de conteúdo seguiu as orientações de Bardin (2022).

3 ARTIGO

Título: Percepção de terapeutas ocupacionais que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias

Autoras: Aragão, Luisa; Lage, Carla; Cavalcanti, Alessandra; Cardoso, Ana Amélia

Resumo: Objetivos: (1) mensurar e descrever a autopercepção de terapeutas ocupacionais mineiros que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias; (2) investigar se há relação entre os domínios do MPOC-SP e tempo de experiência do profissional, tempo de atuação clínica na infância, atuação em diferentes tipos de serviço e regiões de exercício profissional; (3) investigar qual a compreensão dos terapeutas ocupacionais sobre o conceito da PCF. **Método:** Estudo de método misto de caráter descritivo foi conduzido. Na fase quantitativa, 58 terapeutas ocupacionais participaram respondendo ao MPOC-SP e a um questionário demográfico e a análise estatística foi realizada a partir do programa SPSS. Na fase qualitativa, 10 profissionais da 1ª fase participaram de entrevistas individuais e análise de conteúdo foi realizada para chegar nas categorias finais. **Resultados:** Os resultados quantitativos apontaram que o domínio de “tratamento respeitoso” foi o mais bem classificado pelos TOs com pontuação 6 (muitíssimo) e, em contrapartida, o domínio de “promover informações gerais” foi o pior classificado, com pontuação 4 (mais ou menos). Na fase qualitativa, foram apontadas categorias que sugeriram que há princípios e elementos que os terapeutas têm interiorizados em suas práticas e que se aproximam da PCF, no entanto, existem diversos desafios para a implementação desta abordagem e ainda existem equívocos nas compreensões dos profissionais acerca da PCF. **Conclusões:** O estudo apontou que apesar de os terapeutas ocupacionais mineiros estarem familiarizados com alguns aspectos relevantes sobre a PCF, parece ainda haver influência do modelo biomédico em suas práticas e ainda há um longo caminho para se percorrer, tanto nos serviços quanto nas políticas do país.

Palavras-chaves: prática centrada na família; percepção profissional; terapia ocupacional; MPOC-SP; estudo misto

Introdução

A Prática Centrada na Família (PCF) é uma abordagem baseada em pontos fortes e focada em soluções, em que os profissionais reconhecem a singularidade de cada sistema familiar, bem como a expertise dos cuidadores, para prestar serviços de acordo com as necessidades e prioridades da família (Canchild, 2014). Ao considerar que criança e família fazem parte de um sistema ecológico (Bronfenbrenner, 1979), os profissionais que atuam na infância devem ser experientes não apenas no apoio às crianças, mas também em estabelecer comunicação e parceria com as famílias como parte importante de um bom resultado terapêutico (Jaffe, Cosper, 2014).

Dunst (2002) criou uma definição baseada em sua revisão de literatura, que compreende

o centramento na família como crenças e práticas que tratam as famílias com dignidade e respeito; práticas individualizadas, flexíveis e responsivas; partilha de informação para que as famílias possam tomar decisões informadas; escolha da família em relação a uma série de aspectos das práticas do processo terapêutico e opções de intervenção; colaboração e parcerias pais-profissionais como contexto para relações família-processo; e a provisão e mobilização de recursos e apoios necessários para que as famílias cuidem e criem os seus filhos de forma a produzir resultados ótimos para as crianças, os pais e a família (Dunst, 2002, p. 141).

Baseado em um revisão de literatura e de acordo com as ideias da Unidade de Pesquisa Clínica do Neurodesenvolvimento (NCRU) sobre o centramento na família, Rosenbaum *et al.* (1998) elaboraram um quadro de três níveis (premissas, princípios e elementos) para caracterizar a PCF. As 3 premissas principais consideradas pelos autores foram: (1) os pais conhecem melhor seus filhos e desejam o melhor para eles; (2) famílias são diferentes e únicas e, (3) o funcionamento ideal da criança ocorre dentro de um contexto familiar e comunitário de apoio. Alguns elementos da PCF incluídos pelos autores foram: incentivar a tomada de decisão dos pais; auxiliar a identificar necessidades; colaborar com os pais; compartilhar informações gerais e sobre a criança; respeitar as famílias; comunicar claramente; incentivar a participação de todos os membros (Rosenbaum *et al.*, 1998).

Na terapia ocupacional, uma transição para a PCF garante um serviço de apoio, prática colaborativa e direcionamento que aumenta a participação das crianças e suas famílias em suas ocupações diárias (Bourke-Taylor, 2017). Nas últimas décadas, os terapeutas ocupacionais que trabalham com o desenvolvimento infantil têm feito uma transição da abordagem centrada no profissional para a abordagem da Prática Centrada na Família (Hanna, Rodger, 2002). A colaboração com as famílias é indicada como parte do papel da terapia ocupacional e um princípio fundamental dos serviços de terapia ocupacional (AOTA, 2021),

além de ser apontada como uma abordagem com alta efetividade para lidar com desempenho ocupacional e capacitação parental (Novak, Honan., 2019).

Alguns autores têm se dedicado a estudar a percepção dos envolvidos em relação ao centramento na família em diferentes tipos de serviços desenvolvidos por terapeutas ocupacionais. Em revisão elaborada por Lage (2022), é possível notar uma prevalência de estudos direcionados para a percepção das famílias sobre a PCF (e.x. Brandão *et al.*, 2019; Foster, 2013; Rekoutis, 2010; Screiber, 2011; Thompson, 1998; Wallish *et al.*, 2019). Contudo, também é importante incluir profissionais neste processo investigativo, uma vez que sua contribuição pode fornecer informações relevantes sobre a PCF, como possíveis lacunas existentes nos serviços, melhores formas de apoiar a PCF e conscientizar os profissionais sobre o cenário ideal de centramento na família (Woodside *et al.*, 2001).

O *Measure of Process of Care – Service Providers* (MPOC-SP) é um instrumento elaborado para mensurar as percepções dos profissionais sobre em que medida seus serviços se aproximam da PCF (Woodside *et al.*, 2001). Esse instrumento foi construído com base nas premissas, princípios e elementos da PCF elaborados por Rosenbaum e outros pesquisadores (1998). O instrumento foi traduzido e validado para uso no Brasil e está disponível para uso na plataforma da CANCHILD (Antunes *et al.*, 2020).

Para além de mensurar o uso da PCF, vê-se a importância de compreender seus contextos e processos. A pesquisa qualitativa também vem ganhando espaço no cenário de pesquisa na terapia ocupacional, uma vez que ela é capaz de compreender os significados dos processos para os participantes, bem como compreender como eles ocorrem (Kielhofner, 1982). A pesquisa qualitativa vem sendo usada na PCF para investigar as perspectivas dos envolvidos sobre os processos terapêuticos (Wallish *et al.*, 2019), para compreender barreiras e facilitadores dos processos (Kahjoog *et al.*, 2020), explorar as experiências profissionais (Boyle *et al.*, 2014), entre outras temáticas relevantes.

Apesar do crescimento e reconhecimento da terapia ocupacional nos cuidados de saúde, existem lacunas persistentes que expõem a dificuldade em unir a teoria e a prática do centramento na família (Hanna, Rodger, 2002). O conhecimento, atitude e experiência do profissional acerca do tema; resquícios do modelo biomédico e aspectos institucionais envolvendo a política e infraestrutura dos serviços são variáveis relevantes que influenciam a implementação da PCF (Bamm, Rosenbaum, 2008; Cruz, 2011; Darrah *et al.*, 2010). Considerando que há uma lacuna entre teoria e prática na PCF e, considerando, também, que

os achados no Brasil e seu uso em políticas públicas foram restritos (Brasil, 2015; Lage, 2022; Brasil, 2016), é importante realizar processos investigativos acerca do tema, bem como incluir a percepção dos próprios terapeutas ocupacionais, uma vez que sua contribuição pode fornecer informações relevantes sobre a PCF (Woodside *et al.*).

Esta pesquisa objetivou (1) mensurar e descrever a autopercepção de terapeutas ocupacionais mineiros que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias; (2) investigar se há relação entre os domínios do MPOC-SP e tempo de experiência do profissional, tempo de atuação clínica na infância, atuação em diferentes tipos de serviço e regiões de exercício profissional; (3) investigar qual a compreensão dos terapeutas ocupacionais sobre o conceito da PCF.

Métodos

Design

Para abordar o propósito da pesquisa, um estudo de **método misto de caráter descritivo** foi conduzido. A premissa central destes desenhos é que a utilização de abordagens quantitativas e qualitativas em combinação, proporciona melhor compreensão das perguntas de investigação em questão (Palinkas *et al.*, 2011).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba/MG, e aprovado por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 60482922.2.0000.5154

Fase quantitativa

Participantes

A escolha dos participantes se deu por amostra de conveniência. Foram incluídos no estudo 58 profissionais de terapia ocupacional que atuam em Minas Gerais, inscritos no CREFITO-4, para responderem ao MPOC-SP. Todos os participantes consentiram sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Miniquestionário sociodemográfico – utilizado com o intuito de coletar informações básicas sobre os profissionais, tais como tempo de formação, tempo de atuação com crianças, região do estado e tipo de serviço onde atuam.

Medida de Processos de cuidado – prestadores de serviço (MPOC-SP) - questionário de autoavaliação para prestadores de serviços que atuam na infância, com 27 itens, cujo objetivo é mensurar em que medida os serviços prestados pelos profissionais são centrados na família a partir de suas próprias percepções. Os itens são divididos em 4 domínios: tratamento respeitoso; sensibilidade interpessoal; comunicação de informações específicas sobre a criança; promovendo informações gerais. Cada item é classificado em escala *likert* de 1 (de jeito nenhum) a 7 (totalmente), o valor zero (0) é usado apenas se a situação descrita não se aplicar para o participante. A pontuação dos domínios é calculada da seguinte maneira: soma das respostas dos itens dividida pelo número de respostas válidas (“zero” ou em branco são consideradas respostas inválidas).

Procedimento

A coleta de dados, tanto do miniquestionário demográfico quanto do MPOC-SP, se deu de maneira online, via Google Forms, com o intuito de abarcar um número maior de serviços e profissionais de Minas Gerais. O convite para a participação na pesquisa se deu via CREFITO-4, colegiados de terapia ocupacional da UFTM e UFMG; e-mails para serviços de atuação na infância e via redes sociais.

Análise de dados

Os dados individuais foram transferidos para tabelas e gráficos para examinar as respostas a partir de estatística descritiva utilizando excel e o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para Windows – (Versão 21.0). O teste de Kruskal Wallis foi utilizado com o intuito de investigar a relação entre as pontuações dos domínios do MPOC-SP e tempo de experiência e especialização profissional, tipos de serviço e regiões de exercício profissional.

Fase qualitativa

Participantes

53 participantes que informaram seus emails foram convidados a participarem da fase qualitativa do estudo. Dentre eles, 12 responderam afirmando interesse em participar e 10 profissionais efetivamente participaram (1 participante parou de responder à pesquisadora e 1 participante não conseguiu horário disponível para realizar a entrevista).

Instrumentos

Entrevista individual – As perguntas disparadoras estão mencionadas na tabela 1. As etapas do processo de entrevista, bem como a elaboração das perguntas disparadoras, foram realizadas a partir do checklist elaborado por Tong e colaboradores (2007). Todas as entrevistas foram realizadas anteriormente ao processo de correção dos scores do MPOC-SP para não haver riscos de enviesamento.

Tabela 1: perguntas disparadoras

| Item | Pergunta disparadora |
|------|---|
| 1.0 | Como é o seu relacionamento com as famílias que você acompanha? |
| 1.A | Você pode dar exemplos positivos e de entraves dessas relações? |
| 2.0 | As famílias participam do processo terapêutico? |
| 3.0 | O que é a “Prática Centrada na Família” para você? |

Procedimento

A entrevista se deu pelo Google Meet e teve duração de até 60 minutos. As entrevistas foram gravadas e transcritas e as transcrições foram enviadas para os participantes a fim de terem a oportunidade de retirar falas ou fazer comentários acerca das falas existentes, como sugere Tong *et al.* (2007). O consentimento livre e esclarecido foi obtido verbalmente antes da realização das entrevistas, quando a gravação já havia sido iniciada.

Análise de dados

Os dados das entrevistas individuais foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2022). As fases de definição de índices temáticos, unidades de compreensão, unidades de registro e ideias de categorias foram realizadas por duas pesquisadoras (pesquisadoras 1 e 2), com verificação e definição final de categorias por terceira pesquisadora (pesquisadora 3).

A transcrição foi realizada com auxílio do aplicativo “*Happy Scribe: audio transcription*” e, envolveu ouvir cuidadosamente as vídeoconferências gravadas, enquanto ocorriam as correções de digitação das palavras em um documento Word. Cada discussão foi transcrita na íntegra antes do início de outra transcrição. Para cada entrevista, um documento Word foi criado e os participantes foram enumerados. Ambos os documentos originais e de trabalho das transcrições ficarão salvos por 5 anos com permissão dos proprietários dos direitos autorais.

Concluída a transcrição, o processo de análise e codificação foi iniciado. Antes de iniciar a organização dos índices temáticos, uma leitura flutuante foi realizada e, a partir dela, declarações importantes e vinculadas à temática foram sublinhadas. A partir dos temas sublinhados e índices temáticos criados, as pesquisadoras 1 e 2 se uniram para discutirem de forma sistemática e explorarem o material, para posterior definição das unidades e levantamento de categorias. Ao final desse processo, a pesquisadora 3 concluiu e alinhou as categorias tendo em vista os objetivos da pesquisa.

Resultados

Fase quantitativa

As características demográficas dos terapeutas ocupacionais participantes da fase quantitativa foram coletadas a partir do questionário demográfico respondido em conjunto com o MPOC-SP e estão descritas na tabela 2.

Tabela 2: Características demográficas dos participantes da fase quantitativa

| Item | Possibilidades de respostas | Nº de respostas e porcentagem equivalente |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| Tempo de formação | Até 2 anos | 12 (20.7%) |
| | Entre 2 e 5 anos | 18 (31%) |
| | Entre 5 e 10 anos | 11 (19%) |
| | 10 anos ou mais | 17 (29.3%) |
| Tempo de atuação na infância | Até 2 anos | 17 (29.3%) |
| | Entre 2 e 5 anos | 17 (29.3%) |
| | Entre 5 e 10 anos | 13 (22.4%) |
| | 10 anos ou mais | 11 (19%) |
| Possui especialização | Sim | 49 (84.5%) |
| | Não | 9 (15.5%) |
| Região onde trabalha | Capital | 30 (51.7%) |
| | Metropolitana | 8 (13.8%) |
| | Interior | 19 (32.8%) |
| | Capital + Metropolitana | 1 (1.7%) |
| Tipo de serviço | Público | 11 (19%) |
| | Privado | 16 (27.6%) |
| | Plano de saúde | 3 (5.2%) |

| | |
|--------------------------|------------|
| Público e privado | 9 (15.5%) |
| Privado e plano | 14 (24.1%) |
| Público, privado e plano | 5 (8.6%) |

A partir da análise realizada com os dados coletados pelo MPOC-SP na fase quantitativa da pesquisa, observou-se que as pontuações dos 4 domínios variaram de 4.88 (promovendo informações gerais) a 6.31 (Tratamento respeitoso). Em relação à análise realizada entre os itens dos domínios, as variações aconteceram de 6.5 (“...tratou cada mãe ou pai como um indivíduo e não como um ‘estereótipo’ de mãe ou pai de criança com ‘problema’” e “...tratou crianças e suas famílias como pessoas e não como ‘casos’ - não se referindo à criança e família pelo diagnóstico?”) a 4.5 (“...promoveu contato entre famílias para se socializarem, dividirem informações e experiências?”). A tabela 3 apresenta as pontuações médias de todos os domínios e itens do MPOC-SP.

Tabela 3: Pontuação dos domínios e itens do MPOC-SP

| Domínio | Item | Pontuação |
|----------------------------|---|-------------|
| Sensibilidade interpessoal | No último ano, o quanto você... | 5.84 |
| msp1 | ...sugeriu tratamentos ou adequações de atividade que se encaixam com as necessidades e estilo de vida de cada família? | 6 |
| msp2 | ...ofereceu aos pais e crianças um retorno positivo ou encorajamento (ex.: na realização de um programa domiciliar)? | 6 |
| msp3 | ...reservou tempo para estabelecer uma relação com os pais e criança? | 6 |
| msp4 | ...discuti expectativas para cada criança com outros prestadores de serviço (seja da sua categoria profissional ou não), para garantir consistência de pensamentos e ações? | 5.9 |
| msp5 | ...informou pais sobre opções de serviços ou tratamento para a criança (ex.: equipamento, escola, terapia)? | 5.9 |
| msp8 | ...discuti/explorou os sentimentos de cada família sobre ter uma criança com necessidades especiais (ex: suas preocupações sobre sua saúde e a funcionalidade da criança)? | 5.9 |
| msp9 | ...previu as preocupações dos pais oferecendo informação antes mesmo que perguntassem? | 5.1 |
| msp11 | ...deixou os pais escolherem quando receber informação e que tipo de informação que queriam (ex. deu oportunidade para eles tirarem as dúvidas de interesse deles e no momento que eles queriam)? | 6 |
| msp12 | ...ajudou cada família a manter um vínculo estável com pelo menos um profissional que acompanhe a criança e os pais por um longo período de tempo? | 5.4 |
| msp21 | ...ajudou os pais a se sentirem competentes no seu papel como pais? | 6.1 |

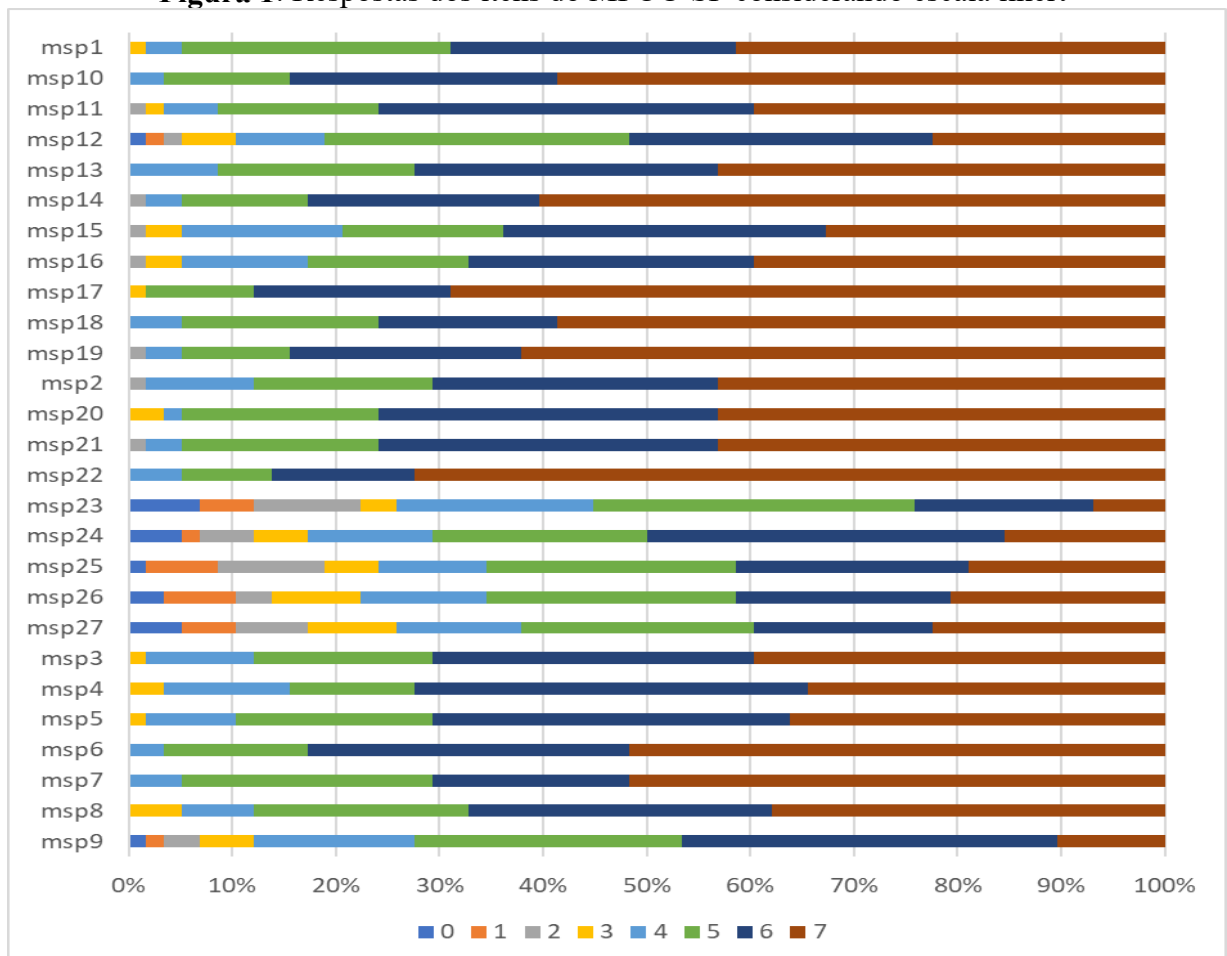
| | | |
|--------------------------------------|--|-------------|
| Promovendo informações gerais | No último ano, o quanto você... | 4.88 |
| msp23 | ...promoveu contato entre famílias para se socializarem, dividirem informações e experiências? | 4.5 |
| msp24 | ...deu apoio para as famílias lidarem com o impacto da condição crônica de sua criança (ex: informando os pais sobre programas de assistência ou aconselhando sobre como lidar com outros prestadores de serviço)? | 5.2 |
| msp25 | ...deu sugestões sobre como obter informação ou entrar em contato com outros pais (ex: associações de pais, páginas na internet)? | 4.8 |
| msp26 | ...deu oportunidade para a família inteira (todos que convivem diretamente com a criança) incluindo irmãos, para obter informação sobre a criança? | 4.9 |
| msp27 | ...disponibilizou informações abrangentes sobre diferentes preocupações relacionadas com a realidade da criança (ex: custos financeiros ou assistência, aconselhamento genético, oportunidades para que os cuidadores possam descansar, namoro e sexualidade)? | 4.9 |
| Informações específicas | No último ano, o quanto você... | 5.95 |
| msp14 | ...comunicou aos pais sobre resultados de testes ou avaliações? | 6.3 |
| msp15 | ...forneceu aos pais informações escritas sobre a condição de saúde, progresso ou tratamento da criança? | 5.7 |
| msp16 | ...comunicou aos pais detalhes sobre os serviços dados a criança, como tipo, razões, duração do tratamento ou conduta? | 5.8 |
| Tratamento respeitoso | No último ano, o quanto você... | 6.31 |
| msp6 | ...aceitou pais e suas famílias sem julgamento de valores? | 6.3 |
| msp7 | ...confiou nos pais como os “especialistas” em sua criança? Ou seja, entende que os pais são as pessoas que mais conhecem a criança? | 6.2 |
| msp10 | ...garantiu que pais tivessem uma oportunidade de dizer o que era importante para eles? | 6.4 |
| msp13 | ...respondeu completamente as perguntas dos pais? | 6.1 |
| msp17 | ...tratou cada mãe ou pai como um indivíduo e não como um “estereótipo” de mãe ou pai de criança com “problema”? | 6.5 |
| msp18 | ...tratou pais de igual para igual, e não apenas de maneira genérica (ex: não se referindo a eles como “Mãe” ou “Pai” e sim chamando-os pelo próprio nome)? | 6.3 |
| msp19 | ...garantiu que os pais tivessem a oportunidade de explicar seus objetivos para o tratamento e suas necessidades? | 6.4 |
| msp20 | ...ajudou os pais a se sentirem parceiros no cuidado com a sua criança? | 6.1 |
| msp22 | ...tratou crianças e suas famílias como pessoas e não como ‘casos’ (não se referindo a criança e família pelo diagnóstico como ‘a diplérgica espástica’)? | 6.5 |

A figura 1 ilustra a pontuação gerada em cada item considerando uma escala likert de 0 (não se aplica) a 7 pontos (totalmente). Nota-se que itens como msp22 - tratou crianças e suas

famílias como pessoas e não como “casos”, msp17 - tratou cada mãe ou pai como um indivíduo e não como um “estereótipo” de mãe ou pai de criança com “problema”, msp10 - garantiu que pais tivessem uma oportunidade de dizer o que era importante para eles, msp19 - garantiu que os pais tivessem a oportunidade de explicar seus objetivos para o tratamento e suas necessidades e msp14 - comunicou aos pais sobre resultados de testes ou avaliações, apresentaram uma grande proporção de respostas indicando pontuações entre 6 e 7.

Em contrapartida, itens como msp23 - promoveu contato entre famílias para se socializarem, dividirem informações e experiências, msp24 - deu apoio para as famílias lidarem com o impacto da condição crônica de sua criança, msp25 - deu sugestões sobre como obter informação ou entrar em contato com outros pais, msp26 - deu oportunidade para a família inteira (todos que convivem diretamente com a criança) incluindo irmãos, para obter informação sobre a criança e msp 27 - disponibilizou informações abrangentes sobre diferentes preocupações relacionadas com a realidade da criança, indicaram uma prevalência de pontuação entre 5 e 0.

Figura 1: Respostas dos itens do MPOC-SP considerando escala likert



Fonte: banco de dados da pesquisa

A partir do uso do teste de Kruskal Wallis não foram encontradas correlações significativas ($p < 0.05$). entre as pontuações dos domínios do MPOC-SP e tempo de experiência do profissional, tempo de atuação clínica na infância, atuação em diferentes tipos de serviço e regiões de exercício profissional. A tabela 4 ilustra os resultados encontrados.

Tabela 4: Relação entre domínios do MPOC-SP e variáveis

| Domínios MPOC-SP | Tempo de formação | N | Média | Desvio padrão | Kruskall Wallis | p |
|----------------------------------|------------------------------|----|-------|---------------|-----------------|-------|
| Comunica informações específicas | 0 a 2 anos | 12 | 5,72 | 1,05 | 2,074 | 0,557 |
| | 2 a 5 anos | 18 | 5,91 | 0,81 | | |
| | 5 a 10 anos | 11 | 5,88 | 1,31 | | |
| | Acima de 10 anos | 17 | 6,22 | 0,85 | | |
| Comunica informações gerais | 0 a 2 anos | 12 | 4,65 | 1,30 | 3,126 | 0,373 |
| | 2 a 5 anos | 18 | 5,16 | 1,39 | | |
| | 5 a 10 anos | 11 | 4,33 | 1,72 | | |
| | Acima de 10 anos | 17 | 5,09 | 1,28 | | |
| Sensibilidade interpessoal | 0 a 2 anos | 12 | 5,90 | 0,79 | 1,654 | 0,647 |
| | 2 a 5 anos | 18 | 5,97 | 0,54 | | |
| | 5 a 10 anos | 11 | 5,53 | 0,96 | | |
| | Acima de 10 anos | 17 | 5,86 | 0,75 | | |
| Tratamento respeitoso | 0 a 2 anos | 12 | 6,32 | 0,62 | 0,102 | 0,992 |
| | 2 a 5 anos | 18 | 6,37 | 0,49 | | |
| | 5 a 10 anos | 11 | 6,27 | 0,81 | | |
| | Acima de 10 anos | 17 | 6,27 | 0,79 | | |
| Domínios MPOC-SP | Tempo de atuação na infância | N | Média | Desvio padrão | Kruskall Wallis | p |
| Comunica informações específicas | 0 a 2 anos | 17 | 5,67 | 1,14 | 5,307 | 0,151 |
| | 2 a 5 anos | 17 | 5,80 | 0,79 | | |
| | 5 a 10 anos | 13 | 6,33 | 0,87 | | |
| | Acima de 10 anos | 11 | 6,18 | 0,98 | | |
| Comunica informações gerais | 0 a 2 anos | 17 | 4,48 | 1,65 | 2,522 | 0,471 |
| | 2 a 5 anos | 17 | 5,22 | 1,35 | | |
| | 5 a 10 anos | 13 | 4,80 | 1,02 | | |
| | Acima de 10 anos | 11 | 5,04 | 1,52 | | |
| Sensibilidade interpessoal | 0 a 2 anos | 17 | 5,92 | 0,79 | 1,846 | 0,605 |
| | 2 a 5 anos | 17 | 5,68 | 0,67 | | |
| | 5 a 10 anos | 13 | 5,86 | 0,74 | | |
| | Acima de 10 anos | 11 | 5,94 | 0,83 | | |
| Tratamento respeitoso | 0 a 2 anos | 17 | 6,37 | 0,58 | 3,449 | 0,327 |
| | 2 a 5 anos | 17 | 6,14 | 0,63 | | |
| | 5 a 10 anos | 13 | 6,35 | 0,60 | | |
| | Acima de 10 anos | 11 | 6,43 | 0,89 | | |
| Domínios MPOC-SP | Local de atuação | N | Média | Desvio padrão | Kruskall Wallis | p |
| Comunica informações | Capital | 30 | 5,84 | 0,97 | 2,790 | 0,425 |

| | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----|------|------|-------|-------|
| específicas | Metropolitana | 8 | 5,87 | 1,08 | | |
| | Interior | 19 | 6,11 | 0,96 | | |
| | Capital + metropolitana | 1 | 7,00 | | | |
| Comunica informações gerais | Capital | 30 | 4,88 | 1,42 | 1,654 | 0,647 |
| | Metropolitana | 8 | 4,43 | 1,53 | | |
| | Interior | 19 | 5,01 | 1,41 | | |
| | Capital + metropolitana | 1 | 5,80 | | | |
| Sensibilidade interpessoal | Capital | 30 | 5,88 | 0,76 | 3,558 | 0,313 |
| | Metropolitana | 8 | 5,63 | 0,56 | | |
| | Interior | 19 | 5,81 | 0,78 | | |
| | Capital + metropolitana | 1 | 6,80 | | | |
| Tratamento respeitoso | Capital | 30 | 6,27 | 0,64 | 1,526 | 0,676 |
| | Metropolitana | 8 | 6,44 | 0,33 | | |
| | Interior | 19 | 6,29 | 0,80 | | |
| | Capital + metropolitana | 1 | 6,89 | | | |

| Domínios MPOC-SP | Tipo de serviço | N | Média | Desvio padrão | Kruskall Wallis | p |
|----------------------------------|--------------------------|----|-------|---------------|-----------------|-------|
| Comunica informações específicas | Público | 11 | 6,03 | 0,82 | 6,581 | 0,254 |
| | Privado | 16 | 5,52 | 1,19 | | |
| | Plano de saúde | 3 | 6,45 | 0,39 | | |
| | Público e privado | 9 | 5,74 | 0,99 | | |
| | Privado e plano | 14 | 6,21 | 0,84 | | |
| | Público, privado e plano | 5 | 6,53 | 0,65 | | |
| Comunica informações gerais | Público | 11 | 5,13 | 1,55 | 3,532 | 0,619 |
| | Privado | 16 | 4,68 | 1,48 | | |
| | Plano de saúde | 3 | 4,13 | 1,50 | | |
| | Público e privado | 9 | 5,00 | 1,52 | | |
| | Privado e plano | 14 | 5,15 | 1,34 | | |
| | Público, privado e plano | 5 | 4,40 | 1,14 | | |
| Sensibilidade interpessoal | Público | 11 | 5,92 | 0,61 | 5,169 | 0,396 |
| | Privado | 16 | 5,63 | 0,77 | | |
| | Plano de saúde | 3 | 5,87 | 0,35 | | |
| | Público e privado | 9 | 5,77 | 0,65 | | |
| | Privado e plano | 14 | 6,06 | 0,92 | | |
| | Público, privado e plano | 5 | 5,82 | 0,82 | | |
| Tratamento respeitoso | Público | 11 | 6,51 | 0,28 | 5,708 | 0,336 |
| | Privado | 16 | 5,99 | 0,85 | | |
| | Plano de saúde | 3 | 6,52 | 0,28 | | |
| | Público e privado | 9 | 6,22 | 0,74 | | |
| | Privado e plano | 14 | 6,52 | 0,64 | | |
| | Público, privado e plano | 5 | 6,36 | 0,43 | | |

Fase qualitativa

A tabela 5 indica, de forma individualizada e detalhada, as características demográficas dos terapeutas ocupacionais participantes da fase qualitativa.

Tabela 5: Características demográficas dos participantes da fase quantitativa

| Participante | Tempo de formação | Atuação na infância | Possui especialização | Região onde trabalha | Tipo de serviço |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| TO1 | 2-5 anos | 2-5 anos | sim | Capital | Privado e conveniado |
| TO2 | Até 2 anos | Até 2 anos | Não | Capital | Público |
| TO3 | 5-10 anos | 2-5 anos | Sim | Capital | Privado e conveniado |
| TO4 | 5-10 anos | 5-10 anos | Sim | Capital | Privado e conveniado |
| TO5 | 5-10 anos | 5-10 anos | Sim | Capital | Privado |
| TO6 | 2-5 anos | 2-5 anos | Sim | Capital | Privado |
| TO7 | 5-10 anos | 2-5 anos | Sim | Capital | Privado e conveniado |
| TO8 | Até 2 anos | Até 2 anos | Sim | Capital | Privado e conveniado |
| TO9 | 2-5 anos | 2-5 anos | sim | Capital | Privado |
| TO10 | 2-5 anos | 2-5 anos | sim | Capital | Privado |

As seguintes categorias emergiram no que diz respeito ao relacionamento dos terapeutas ocupacionais com as famílias: centrado na criação e manutenção de vínculo; centrado no respeito, colaboração e parceria; centrado no profissional.

Centrado na criação e manutenção de vínculo

Os profissionais relataram que suas relações com as famílias são pautadas em acolhimento, afeto, confiança e vínculo. O acolhimento ocorre na tentativa de aproximação com a família, como é explicitado pela TO5 “eu aproximo mais da família para eu entender o que eles querem, o que eles sentem, qual que é o medo, quais são as angústias”. A TO4 explicou como se dá seu afeto com as famílias “o meu relacionamento com as famílias é muito afetivo. Eu sinto que as famílias têm um carinho muito grande por mim, assim como eu tenho também por elas”. O vínculo e a confiança são estabelecidos de modo que “quando a família está presente, eu busco às vezes até falar de outros assuntos ali, sem ser só a criança, sabe? Porque eu acho que isso gera uma similaridade, assim, com os pais, né? Uma confiança maior” (T05).

Centrado no respeito, colaboração e parceria

As relações parecem ser pautadas no respeito e parceria, como exemplifica TO8 “a família que vai guiar o quanto dá para fazer, qual caminho quer seguir. A tentativa é de sempre estar o mais parceiro”, em compartilhar informações sobre a criança, como faz TO3 “Eu tento deixar eles o mais confortável possível, pra tentar compartilhar ali de igual para igual, porque eles que são os experts, que mais conhecem a criança” e na colaboração com a família, como confirma TO2 que “desde a minha formação eu sempre coloquei os pais como atores mesmo, né? Eles fazem parte ativamente do processo de intervenção com os filhos deles”.

Também, os terapeutas relataram a importância de ouvir e comunicar com clareza quando “todas as vezes nesse momento eu escuto tudo, eu ouço tudo o que a família tem de queixa, de relato e tento dar algumas explicações”, pontuou TO9. Incentivar a tomada de decisão também foi um elemento discutido entre os participantes e TO5 ilustrou com a seguinte explicação “às vezes os pais falam assim ‘mas o que você acha melhor?’ e eu falo ‘o que eu acho melhor é o que você tá bem, o que você se sente confortável’”. Por fim, os profissionais falaram sobre auxiliar na identificação das prioridades e TO10 informou que “geralmente faço o acolhimento das famílias para realmente entender as principais demandas ocupacionais que essa família espera”.

Centrado no profissional

Ao longo das respostas dos participantes, foi possível notar elementos centrados no profissional, como limites estabelecidos por eles, enfoque no trabalho em equipe multidisciplinar sem o envolvimento da família, ausência de envolvimento da família no processo terapêutico ocupacional, enfoque nos processos de avaliação e tipos de intervenção, bem como uso de orientação familiar. As frases dos terapeutas a seguir ilustram os elementos citados acima “eu tento, assim, ser o mais empática possível e o mais próxima possível das famílias, mas dentro do limite que a gente tem mesmo profissional” (TO10). “Nesse local onde atuo, a gente tem ali um trabalho de equipe. Então não só de terapia ocupacional, a gente tá em contato com fono, psicopedagogo, fisioterapeuta...” (TO1). “Muitas vezes essa relação às vezes, ela nem ocorre diretamente com o cuidador primário, né? Ela ocorre ali por um terceiro, tipo uma babá” (TO6). “Começar as avaliações, fazer uma anamnese bem robusta... Explicar como que acontece o processo avaliativo e fazer as devolutivas no final dos atendimentos” (TO3). “E aí, depois da anamnese, o contato fica às vezes só de corredor,

depois que sai (do atendimento) e dá essa devolutiva. Às vezes usa o whatsapp” (TO7). “E assim, falando da minha prática, eu realizo cartilhas de orientação aos pais” (TO1).

Ao pedir exemplos sobre o relacionamento dos terapeutas com as famílias, depreenderam-se duas categorias: pontos positivos e situações de entraves.

Pontos positivos

Alguns pontos foram levantados como positivos, tais como o vínculo terapêutico e a confiança, ilustrados por TO6 “Tem famílias que permitem a gente ter uma parceria mesmo... O positivo que a gente consegue é tanto ter mais confiança da família no seu trabalho, como a gente passa a ter confiança com a própria família”. Também foram levantados aspectos relevantes como responsabilidade compartilhada e construção conjunta de soluções, em que TO5 pontuou que “a gente foi construindo estratégias e ao longo de um ano ela conseguiu sentir segurança para lidar com a filha. Ela conseguiu se fortalecer e a gente foi construindo junto as soluções”. A participação ativa e engajamento no processo terapêutico foi algo muito valorizado pelos participantes “tem famílias que têm essa intenção de vir mais pra perto, de poder participar junto, construir junto, ter interesse em saber o que a gente está fazendo com a criança” TO7. TO2 compartilhou que “a família tem um relacionamento muito bom e muito claro com a gente... É uma coisa bem positiva quando é essa relação de respeito mesmo” indicando que transparência e respeito são elementos importantes de existirem na relação entre profissional e família.

Situações de entraves

Como entraves os profissionais relataram o enfrentamento que as famílias vivenciam em relação ao recebimento do diagnóstico e/ou o início do compromisso com o processo terapêutico “às vezes os pais estão num momento de angústia ali, numa busca... A família tinha um medo de trazer a público (o diagnóstico), expor esse diagnóstico na escola” (TO1). Os terapeutas também trouxeram dificuldades em lidar com problemas que são comuns em alguns núcleos familiares, como as divergências entre os cuidadores “E aí o que o pai fala, a mãe discorda. E aí tem a babá. Então, assim, são vários cuidadores, né? Cada um pensa de um jeito” (TO5) e posturas defensivas da família “então a postura dela com a gente é muito reativa... Ela faz uns pedidos que são comuns de fazer, mas com muita agressividade. Então, assim, era muito difícil a nossa comunicação” (TO10). Alguns participantes também levantaram a dificuldade em lidar com a ausência do envolvimento da família no processo

terapêutico da criança, TO2 compartilhou que “Eu não tenho contato com esses pais (a babá que leva). Então, uma coisa que geralmente atrapalha muito é a falta de engajamento mesmo, que complica bastante o relacionamento”.

Em um terceiro momento, quando os terapeutas foram questionados se os pais participavam do processo terapêutico, duas categorias foram formadas: SIM e NÃO.

Sim, os pais participam

Ao relatarem que as famílias participam, os discursos dos terapeutas revelaram que esta participação muitas vezes se dá por conveniência do terapeuta, ou seja, quando os profissionais escolhem os momentos em que as famílias participarão, como em situações para mediar o manejo dos comportamentos disruptivos das crianças, ou para discutirem estratégias pontuais “uma conduta que eu tenho é os pais entram nas primeiras sessões até a criança se adaptar, aí depois a gente vai tentando fazer essa separação, e quando eu preciso, eu quero trazer algo ali, eu acho que é algo que é pontual para a gente poder realizar em casa ou na escola, eu chamo eles para participarem também” (TO1).

Em outros momentos, essa participação se dá, de fato, de forma ativa dentro do espaço terapêutico, quando as famílias têm o poder de decidir se e em quais etapas do processo quer estar envolvida. Ilustra-se conforme TO8 “nas escolhas dos objetivos é onde sinto mais a participação da família... Algumas famílias também participam ao longo, criando estratégias juntos”. A comunicação clara também foi um elemento que apareceu como ponto de participação, principalmente no momento da alta “eu acredito que essa parte da alta tem que ter uma conversa muito direta, muito clara, até porque às vezes os pais ficam preocupados. Então, é um canal que eu sempre deixo aberto” (TO2).

Não, os pais não participam

Ao explicitarem a ausência de participação das famílias, verificou-se que os registros dos profissionais enfocam nas barreiras atitudinais presentes nas instituições em que prestam os serviços, como apontou TO4 “lá na (nome da instituição), pede-se que os pais não participem das sessões. Então, num geral, eu não tenho a participação dentro da sala dos pais”, nas condições socioeconômicas de parte das famílias, ilustrado por TO3 “eu percebo assim, os pais com um poder aquisitivo e de compreensão menor, eles não participam tanto, muito porque eles não sabem o que fazer”, e na ausência de envolvimento da família, sendo destacada a presença de profissionais cuidadores como as babás “tem famílias que não

participam nada, assim, que terceirizam tudo, sabe? A criança faz assim, sei lá, 12 horas de AT por semana, ou seja, 3 horas por dia, mais escola de manhã. E aí depois dessa AT, tem terapeuta ocupacional que vai no domicílio, tem psicólogo mesmo que vai também, tem fono duas vezes por semana, tem profissional de educação física. Então, ali o cuidado é bem terceirizado” (TO10). Também se registrou a ausência de participação justificada pela entrega de orientações e outros formatos de documentos que permeiam a comunicação com a família “mas sempre assim, cinco minutos finais do meu atendimento também eu dedico para ter uma conversa com a família, explicar o que foi feito e o que precisa ser feito nessa semana que ele vai ficar até o próximo atendimento. Mas meu WhatsApp fica sempre disponível, pra eles mandarem dúvidas, videozinhos e tal” (TO10).

Por fim, ao serem questionados sobre o que eles entendiam por “Prática Centrada na Família”, 6 categorias foram encontradas: construção colaborativa do processo terapêutico; comunicar com clareza; facilitar o engajamento familiar; respeito às famílias; desafios para implementar a PCF; equívoco sobre o que é PCF.

Construção colaborativa do processo terapêutico

Os profissionais levantaram a ideia de que a PCF é todo o processo terapêutico em que a família participa, como ilustra TO1 “Eu acho que é todo o processo terapêutico onde a família participa... Assim, algo que a família tá desde a chegada, desde a avaliação, desde estabelecer as estratégias... Realizar as intervenções, enfim, todo o processo”. TO8 também compartilhou que “A família cooperar, a gente cooperar com a família, a família sentir um vínculo e um conforto para dividir as coisas com a gente... Para a gente repensar formas juntos”.

Comunicar com clareza

Nesta categoria os profissionais levantaram aspectos da PCF como ouvir de verdade para compreender como podem ajudar e comunicar com clareza, como sugere TO2 “É você conseguir ouvir de verdade de fato o que a família traz ali pra você e responder de forma clara”.

Facilitar o engajamento familiar

Encorajar as famílias e compartilhar informações foram princípio e elemento, respectivamente, discutidos como pontos definidores da PCF, como afirma TO2 “É empoderar a família mesmo em relação ao conhecimento, pra ela conseguir ser um agente na

intervenção e conseguir aplicar as estratégias, né? E eu acho que é um trabalho muito conjunto mesmo, que é uma parceria que você faz com a família”, e TO7 “É a família sendo autora desse processo e a gente sendo a alcinha. A gente tá ajudando eles ali nesse processo, só dando essas informações e capacitando eles pra eles entenderem o que é, qual o processo, o que está passando ali, e eles se tornarem os autores mesmo”.

Respeito às famílias

Os terapeutas ocupacionais afirmaram que respeito às escolhas, conhecimento e crenças da família é um princípio que rege a PCF. O TO5 compartilhou que “É um respeito a quem busca ajuda... Muito respeito ao outro, à individualidade do outro, à escolha do outro... Então, eu acho que é isso, uma parceria mesmo e um respeito ao outro. Principalmente isso. Um respeito ao conhecimento do outro, as crenças do outro, né? A quem é o outro ser humano que chega pra gente”.

Desafios para implementar a PCF

Como desafios para implementar a prática centrada na família, os participantes notaram que ainda há uma lacuna na prática clínica em situações como: profissionais e familiares ainda não estarem preparados e conduta biomédica ainda enraizada. TO5 ilustrou esse cenário com a seguinte afirmação “Acho que não é todo mundo que está pronto para isso, acho que nem sei se eu estou, porque ainda tem muita coisa para mudar, muita coisa, é muito enraizado assim né? Essa conduta médica, assim, em nós, essa hierarquia”.

Equívoco sobre o que é PCF

Alguns terapeutas abordaram o conceito de forma equivocada, trazendo ideias de expansão da intervenção para outros contextos, como afirma TO6 “Eu acho que a prática centrada na família ela seria uma prática que a gente olha para a criança para além ali das suas funções que podem estar em algum atraso, a gente olha para o contexto da criança... É uma forma de expandir o nosso tratamento infantil, de ver a criança para além do que é o corpo”. Outros terapeutas compreenderam a PCF como orientação familiar, como indica a fala do participante TO3 “: a gente tá ali como um auxílio mesmo das técnicas e fazer parte da orientação (risos). É orientar o tempo inteiro, porque se a gente não orienta e não entende, o negócio não sai do lugar”.

Discussão

Este estudo mensurou a autopercepção de terapeutas ocupacionais mineiros que atuam na infância sobre suas práticas com as famílias; bem como investigou relação entre os domínios do MPOC-SP e tempo de experiência do profissional, tempo de atuação clínica na infância, atuação em diferentes tipos de serviço e regiões de exercício profissional. Por fim, investigou a compreensão dos terapeutas ocupacionais sobre suas relações com as famílias, como enxergam a participação destas e o que entendem por PCF. Até onde alcançamos, este parece ser o primeiro estudo no Brasil a examinar a autopercepção de terapeutas ocupacionais sobre o centramento na família, a partir de métodos mistos. Os resultados mostram dois métodos investigativos que se complementam e que permitem planejar melhorias no campo das intervenções terapêuticas ocupacionais na infância.

O MPOC-SP foi o principal instrumento utilizado na fase quantitativa, sendo uma ferramenta de autorreflexão e autoavaliação para prestadores de serviços em relação à aproximação com a PCF. Com relação aos dados mensurados pelo instrumento, foi possível observar que, com relação aos domínios, os terapeutas ocupacionais classificaram o centramento na família de seus serviços em “mais ou menos” (pontuação 4) no domínio fornecimento de informações gerais; em “bastante” (pontuação 5) nos domínios de sensibilidade interpessoal e comunicação de informações específicas; e “muitíssimo” (pontuação 6) em tratamento respeitoso, sendo este o domínio de aparente melhor conduta dos terapeutas ocupacionais mineiros, dados esses que convergem com outros achados (Antunes, Vaz, 2021; Cunningham, Rosenbaum, 2014; Raghavendra *et al.*, 2007; Stefansdottir *et al.*, 2016; Tang *et al.*, 2011).

No que concerne à avaliação dos itens do instrumento, todos os que foram classificados como “mais ou menos” fazem parte do domínio de fornecimento de informações gerais, indicando ser o domínio de maior necessidade de melhorias nos serviços de terapia ocupacional na infância em Minas Gerais, em consonância com alguns estudos encontrados (Antunes, Vaz, 2021; Lotze *et al.*, 2010; Mazer *et al.*, 2006; Stefansdottir *et al.*, 2016). Apesar de o presente estudo não ter investigado a percepção dos familiares sobre o uso da PCF nos serviços, em revisão de literatura sobre o uso dos MPOCs realizada por Cunningham e Rosenbaum (2014), foi apontado que o domínio de fornecimento de informações gerais sempre tende a ter a classificação mais baixa para todos os MPOCs, inclusive os respondidos pelas famílias. Curiosamente, em uma pesquisa realizada por Dyke e colaboradores (2006), foi apontado que

o domínio de fornecimento de informações gerais foi o domínio classificado pelos pais como de baixa prioridade.

O domínio de tratamento respeitoso ter, usualmente nas pesquisas, a classificação mais alta em diferentes países e cenários, traz um indicativo positivo de que alguns aspectos do cuidado podem ser universalmente importantes e disseminados (Saloojee *et al.*, 2008). Por outro lado, o fornecimento de informações gerais não ser realizado de forma satisfatória e adequada, pode ser justificado, dentre outras razões, pelos terapeutas não terem tempo disponível para se aprofundarem em conversas com as famílias ou, muitas vezes, não se sentirem capacitados para fazê-lo (Cunningham, Rosenbaum, 2014). Apesar disso, é importante salientar que a prestação de informações pode capacitar as famílias a tomarem decisões sobre os seus filhos e aliviar o stress que surge das incertezas (Lotze *et al.*, 2010). Por isso, os profissionais precisam ser capacitados e os serviços devem pensar formas de facilitar o acesso das famílias às informações, como por meio da promoção de encontros e eventos com esse recorte, disponibilização de materiais e educação continuada dos profissionais.

Os escores dos domínios no MPOC não tiveram correlação estatisticamente significativa com tempo de formação, tempo de experiência e atuação profissional na infância, tipos de serviços e regiões de atuação. Apesar de não atingir significância estatística, podemos observar, na tabela 4, que profissionais com tempo de formação acima de 10 anos (média = 6,22) e atuação na infância a partir de 5 anos (média 5 a 10 anos = 6,33 e acima de 10 anos = 6,18) apresentaram médias no MPOC-SP mais altas no domínio “comunica informações específicas”. Outros estudos apontaram correlações significativas entre tempo de experiência profissional, capacitações na infância e regiões de atuação em relação às classificações para cada um dos 4 domínios do MPOC-SP. Profissionais com mais anos de experiência relataram demonstrar em maior medida comportamentos centrados na família (Kang *et al.*, 2017; Tang *et al.*, 2011), famílias interioranas com crianças entre 6-12 anos de idade parecem receber mais informações gerais e específicas do que famílias metropolitanas na Austrália (Raghavendra *et al.*, 2007), e o nível de saberes não se traduzem, necessariamente, em uma prática mais centrada na família (Tang *et al.*, 2011).

Ao serem instigados a discutir de forma aprofundada sobre suas relações com as famílias, a participação destas nos processos terapêuticos, e suas compreensões acerca da PCF, os profissionais trouxeram princípios e elementos que se aproximam da PCF, equívocos sobre como compreendem a PCF e desafios para implementá-la.

Os achados deste estudo sugerem que em suas relações com as famílias, muitos profissionais se aproximam e fazem uso de alguns princípios e elementos discutidos por Rosenbaum (1998). Os terapeutas ocupacionais trouxeram aspectos como respeito, comunicação com clareza, encorajamento e participação da família, compartilhamento de informações e construção colaborativa como pontos relevantes para se construir uma relação positiva entre terapeuta e familiares. Embora um princípio central da PCF enfatize a parceria entre família e profissionais, bem como a tomada de decisões partilhada, é fundamental respeitar e apoiar o nível de envolvimento que a família deseja e consegue oferecer em cada momento, uma vez que algumas famílias podem buscar e querer se envolver mais nas decisões sobre o processo terapêutico, enquanto outras podem preferir um papel menos direto e se aproximarem quando se sentirem confortáveis para fazê-lo (Elenko, 2019; Lotze *et al*).

Alguns profissionais parecem entender de maneira equivocada o sentido da PCF. Definições como “oferecer orientações” foram levantadas com frequência, indicando uma lacuna importante na compreensão dos terapeutas ocupacionais mineiros acerca do centramento na família. Na prática da terapia ocupacional centrada na família, deve-se ir além da transferência de conhecimentos básicos, como a orientação. Deve-se respeitar e promover a autonomia familiar, de modo que os esforços devem se concentrar em promover a emancipação das famílias, para que elas possam desenvolver as suas capacidades de resolução de problemas e tomar decisões informadas (Fairborther, 2017; Pereira, Seruya, 2021). Muitos serviços atualmente ainda estão nos paradigmas, como define Dunst e colaboradores (1991), de centramento no profissional – muito pautado ainda no modelo biomédico – ou aliados à família – em que o foco já é a criança, mas as famílias ainda seguem a lógica de seguir as orientações dos profissionais. Isso pode refletir uma dificuldade não só dos profissionais, mas também das próprias famílias, para se engajarem em um modelo de intervenção diferente do que estão acostumadas. No Brasil, muitos serviços de saúde ainda são centrados no saber do profissional, e muitas famílias estão habituadas a apenas receber a intervenção, sem participar de maneira efetiva de todo o processo (Barbosa, 2012; Miranda, 2015).

Muitos desafios para implementação da PCF foram apontados pelos terapeutas que participaram das entrevistas. Um dos principais pontos observados foram os elementos trazidos que enfatizam o quanto a prática na terapia ocupacional em Minas Gerais ainda se rege pelo modelo biomédico, tais como a participação das famílias se dar apenas em situações de conveniência do profissional, bem como o terapeuta se colocar como o detentor de saberes nas discussões. Sabe-se que a participação familiar é, frequentemente, adotada em situações

pontuais em detrimento de se dar durante todo o processo terapêutico (An, 2017). Isso porque, muitas vezes, os profissionais se sentem mais confortáveis intervindo diretamente com a criança do que com os membros da família, uma vez que desejam se sentirem seguros e confortáveis sobre suas habilidades, não se sentem preparados para discuti-las com a família e, muitas vezes, se sentem inteiramente responsáveis pelo processo da criança (An, 2017; Lage, 2022; Pereira, Seruya, 2021).

Barreiras atitudinais e socioeconômicas também foram relatadas pelos terapeutas ocupacionais como pontos de desafio, tais como instituições que não permitem a participação familiar e dificuldade das famílias em acessar e compreender os serviços. As barreiras mais importantes relatadas na literatura estão relacionadas com falta de capacitação profissional, aspectos culturais variados, políticas e infraestruturas institucionais, propostas terapêuticas destoantes do contexto familiar (Barbosa *et al.*, 2021; Dias *et al.*, 2017; Miranda *et al.*, 2015). No Brasil não há políticas públicas que englobem a PCF (Barbosa *et al.*, 2021) e é importante salientar que, as intervenções centradas na família já se mostraram bem-sucedidas e menos dispendiosas, trazendo benefícios para as famílias e para a economia dos sistemas de saúde (Novak, Honan., 2019; Pereira, Seruya, 2021). Portanto, se faz necessário capacitar os profissionais e instituições, dialogar com as famílias e capacitá-las, e incentivar a introdução da abordagem da PCF no Sistema Único de Saúde por meio de parcerias com as instituições de ensino e instituições de saúde que já estejam alinhadas às premissas da PCF (Miranda *et al.*, 2015).

Implicações clínicas

Os resultados do estudo abordaram domínios de maior compreensão entre os terapeutas ocupacionais de Minas Gerais sobre a PCF, bem como lacunas de conhecimento sobre a temática. Desse modo, esta pesquisa pode orientar intervenções terapêuticas ocupacionais para crianças e suas famílias acerca de premissas, princípios e elementos da PCF que ainda estão distantes da atuação profissional, bem como pode fortalecer as condutas já acertadas entre os terapeutas. Finalmente, as evidências recolhidas neste estudo também podem apoiar a defesa e promoção da implementação desta prática nos serviços e, também, o desenvolvimento de políticas públicas.

Limitações deste estudo e recomendações para estudos futuros

Embora o estudo tenha cumprido com seu objetivo central de mensurar e descrever a autopercepção de terapeutas ocupacionais mineiros que atuam na infância sobre suas práticas

com as famílias, a pesquisa se deu localmente e com o número de participantes reduzido na fase quantitativa, dificultando a generalização dos resultados. Também, é possível que apenas aqueles profissionais que se interessam de alguma forma pela PCF tenham participado da pesquisa e, com isso, essa dependência dos dados de autorrelato também pode ter limitado os resultados do estudo. Pesquisas futuras sobre PCF se beneficiariam com a inclusão das percepções dos pais, de terapeutas ocupacionais de outras regiões do país, bem como de outras classes profissionais. Estudos com novas propostas de perguntas disparadoras também podem ser benéficos, uma vez que para promover a PCF em diferentes contextos de intervenção, seria útil conhecer os recursos e apoios que os prestadores de serviços podem utilizar à medida que avançam para uma abordagem centrada na família.

Conclusões

Os resultados deste estudo preliminar indicaram que o fornecimento de informações gerais é o domínio que mais merece atenção a título de repensar condutas e prospectar melhorias nas intervenções terapêuticas ocupacionais, e o domínio de tratamento respeitoso foi o mais bem classificado dentro das percepções dos participantes da pesquisa. Os resultados qualitativos indicaram que há premissas, princípios e elementos que os terapeutas têm interiorizados em suas práticas e que se aproximam da PCF, no entanto, existem diversos desafios para a implementação desta abordagem e ainda existem equívocos nas compreensões dos profissionais acerca da PCF.

Agradecimentos

As autoras agradecem os participantes da pesquisa pela contribuição com a ciência e busca por melhoria das práticas terapêuticas ocupacionais. Esta pesquisa foi concluída em cumprimento parcial dos requisitos para o grau de mestre na Universidade Federal de Minas Gerais e, por isso, também agradecem à essa instituição e à UFTM pela parceria.

Declaração de conflito de interesse

As autoras declaram não haver conflito de interesse.

ORCID

Luisa Aragão - <https://orcid.org/0000-0002-5078-9594>

Referências

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. What is the Role of Occupational Therapy in Early Intervention? [Frequent Asked Questions (FAQ) PDF]. **The American Occupational Therapy Association**, 2021.

AN, M. *et al.* Effects of a collaborative intervention process on parent empowerment and child performance: A randomized controlled trial. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 39, n. 1, p. 1-15, 2019.

ANTUNES, A. A. M. *et al.* Brazilian versions of the Measure of Processes of Care-20 and Measure of Processes of Care-Service Providers: translation, cross-cultural adaptation and reliability. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 24, n. 2, p. 144-151, 2020.

ANTUNES, A. A. M.; VAZ, D. V. Family-Centered practice in a Brazilian rehabilitation network service. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 25, n. 5, p. 544-551, 2021.

BAMM, E. L.; ROSENBAUM, P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 89, n. 8, p. 1618-1624, 2008.

BARBOSA, M. A. M. *et al.* Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 194-199, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: edições 70, 2022.

BOURKE-TAYLOR, Helen. Occupational therapists working with children and families: two decades of progress. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 64, p. 11-13, 2017.

BOYLE, P. *et al.* Home safety for children with autistic spectrum disorder: Local authority occupational therapy intervention. **British journal of occupational therapy**, v. 77, n. 5, p. 243-250, 2014.

BRANDAO, M. B. *et al.* Family-Centered early intervention program for Brazilian infants with congenital Zika virus syndrome: a pilot study. **Physical & Occupational Therapy In Pediatrics**, v. 39, n. 6, p. 642-654, 2019.

BRASIL. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. 2016

BRONFENBRENNER, U. *et al.* The ecology of human development experiments by nature and desing. 1979.

CANCHILD. **What is family-centred service?**. 2014. Disponível em: <<https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/266/original/FCS1.pdf>>. Acesso em: 31 de março de 2022.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Family centered care in pediatrics: redefining relationships. *Cienc Cuidado Saúde*. 2011; 10 (4): 861-5. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v10i4.18333.».

CUNNINGHAM, B. J.; ROSENBAUM, P. L. Measure of processes of care: a review of 20 years of research. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 56, n. 5, p. 445-452, 2014.

DARRAH, J. *et al.* Are family-centred principles, functional goal setting and transition planning evident in therapy services for children with cerebral palsy?. **Child: care, health and development**, v. 38, n. 1, p. 41-47, 2010.

DIAS, J. F. *et al.* Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 206-213, 2017.

DUNST, C. J. *et al.* Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not?, **Exceptional Children**, v. 58, n. 2, p. 115-126, 1991.

DUNST, C. J. Family-centred practices: birth through high school. **The journal of special education**. North Carolina, USA, v. 36, n. 3, p. 141-149, 2002.

DYKE, P. *et al.* Use of the Measure of Process of Care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. **Child: care, health and development**, v. 32, n. 2, p. 167-176, 2006.

ELENKO, B. Preparing occupational therapists for effective family-centered best practice in early intervention. **Infants and Young Children**, v. 32, n. 4, p. 270-279, 2019.

FAIRBROTHER, G. et al. Is it possible to bring the emancipatory practice development and evidence-based practice agendas together in nursing and midwifery. **International Practice Development Journal**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015.

FOSTER, L. *et al.* Coaching mothers of children with autism: A qualitative study for occupational therapy practice. **Physical & occupational therapy in pediatrics**, v. 33, n. 2, p. 253-263, 2013.

HANNA, K.; RODGER, S. Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. **Australian Occupational Therapy Journal**, Australia, v. 49, n. 1, p. 14-24

JAFFE, L; COSPER, S. Working with families. In: CASE-SMITH, J.; O'BRIEN, J. C. **Occupational Therapy for Children and Adolescents**, 7 ed, Elsevier, St Louis, p. 129-162, 2014.

KANG, L. J. *et al.* Measuring family-centred practices of professionals in early intervention services in Taiwan. **Child: care, health and development**, v. 43, n. 5, p. 709-717, 2017.

KAHJOOGH, M. A. *et al.* Occupational performance coaching: Goal barriers and beneficial facilitators. **International Journal of Therapy And Rehabilitation**, v. 27, n. 3, p. 1-10, 2020.

KIELHOFNER, G. Qualitative research: Part two Methodological approaches and relevance to occupational therapy. **The Occupational Therapy Journal of Research**, v. 2, n. 3, p. 150-164, 1982.

LAGE, C. R. *Towards the development of foundational concepts for collaborative practice with parents in occupational therapy for children.* [Masters thesis, University of South Australia]. UniSA Repository, 2022.

LOTZE, G. M. *et al.* Family-centered care for children with special health care needs: are we moving forward?. **Journal of Family Social Work**, v. 13, n. 2, p. 100-113, 2010

MAZER, B. *et al.* Rehabilitation services for children: therapists' perceptions. **Pediatric Rehabilitation**, v. 9, n. 4, p. 340-350, 2006.

MIRANDA, A. R. *et al.* A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2015.

NOVAK, I.; HONAN, I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. **Australian occupational therapy journal**, v. 66, n. 3, p. 258-273, 2019.

PALINKAS, L. A. *et al.* Mixed method designs in implementation research. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, p. 44-53, 2011.

PEREIRA, I. J.; SERUYA, F. M. Occupational therapists' perspectives on family-centered practices in early intervention. **The Open Journal of Occupational Therapy**, v. 9, n. 3, p. 1-12, 2021.

RAGHAVENDRA, P. *et al.* Parents' and service providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. **Child: care, health and development**, v. 33, n. 5, p. 586-592, 2007.

REKOUTIS, P. A. **Parents of young children with autism spectrum disorders: Their experiences and perceptions of occupational therapy in the context of family-centered services**. New York University, 2010.

ROSENBAUM, P. *et al.* Family-centred service: a conceptual framework and research review. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 1998.

SALOOJEE, G. M. *et al.* Development of a measure of family-centred care for resource-poor South African settings: the experience of using a modified version of the MPOC-20. **Child: care, health and development**, v. 35, n. 1, p. 23-32, 2009.

SCHREIBER, J. *et al.* Parent perspectives on rehabilitation services for their children with disabilities: a mixed methods approach. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 31, n. 3, p. 225-238, 2011.

STEFANSDOTTIR, S.; EGILSON, S. Diverging perspectives on children's rehabilitation services: a mixed-methods study. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 23, n. 5, p. 374-382, 2016.

TANG, H. N. *et al.* Evaluation of family-centred practices in the early intervention programmes for infants and young children in Singapore with Measure of Processes of Care for Service Providers and Measure of Beliefs about Participation in Family-Centred Service. **Child: Care, Health and Development**, v. 38, n. 1, p. 54-60, 2011.

THOMPSON, K. M. Early intervention services in daily family life: Mothers' perceptions of 'ideal' versus 'actual' service provision. **Occupational Therapy International**, v. 5, n. 3, p. 206-221, 1998.

TONG, A. *et al.* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

WALLISCH, A. *et al.* Parent perspectives of an occupational therapy telehealth intervention. **International journal of telerehabilitation**, v. 11, n. 1, p. 15, 2019.

WOODSIDE, J. M. *et al.* Family-centered service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. **Children's health care**, v. 30, n. 3, p. 237-252, 2001.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Prática Centrada na Família tem sido cada vez mais adotada como uma abordagem eficaz e recomendada. Na terapia ocupacional, a transição para a abordagem PCF garante um serviço de apoio, prática colaborativa e direcionamento que aumentará a participação das crianças e suas famílias em suas ocupações diárias.

Este estudo avaliou em que medida a prática profissional se aproxima do cuidado centrado na família em serviços de terapia ocupacional mineiros e descreveu como os profissionais percebem suas práticas com as famílias. Os resultados do estudo abordaram domínios de maior compreensão entre os profissionais sobre a PCF, bem como lacunas de conhecimento sobre a temática. Os resultados quantitativos apontaram que os terapeutas ocupacionais classificaram o centramento na família de seus serviços em “mais ou menos” (pontuação 4) no domínio fornecimento de informações gerais; em “bastante” (pontuação 5) nos domínios de sensibilidade interpessoal e comunicação de informações específicas; e “muitíssimo” (pontuação 6) em tratamento respeitoso, indicando que o fornecimento de informações gerais é o domínio que mais merece atenção a título de repensar condutas e prospectar melhorias, e o domínio de tratamento respeitoso foi o melhor classificado dentre os participantes da pesquisa. Os resultados qualitativos indicaram que há premissas, princípios e elementos que os terapeutas têm interiorizados em suas práticas e que se aproximam da PCF, no entanto, existem diversos desafios para a implementação desta abordagem e ainda existem equívocos nas compreensões dos profissionais acerca da PCF. O estudo apontou que, apesar de os terapeutas ocupacionais mineiros estarem familiarizados com alguns aspectos relevantes sobre a PCF, parece ainda haver influência do modelo biomédico em suas práticas e ainda há um longo caminho para se percorrer, tanto nos serviços quanto nas políticas do país.

Esta pesquisa pode orientar intervenções terapêuticas ocupacionais para crianças e suas famílias acerca de premissas, princípios e elementos da PCF que ainda estão distantes da atuação profissional, tal como pode fortalecer as condutas já acertadas entre os terapeutas. Finalmente, as evidências recolhidas neste estudo também podem apoiar a defesa e promoção da implementação desta prática nos serviços e, também, o desenvolvimento de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- AMADOR, D. D. *et al.* Use of narrative as an awareness strategy for a Family-Centered Care model. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 98-103, 2015.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: Domain and process fourth edition. **AJOT: American Journal of Occupational Therapy**, v. 74, n. S2, p. 1-85, 2020a.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. What is the Role of Occupational Therapy in Early Intervention? [Frequent Asked Questions (FAQ) PDF]. **The American Occupational Therapy Association**, 2021.
- AN, M. *et al.* Effects of a collaborative intervention process on parent empowerment and child performance: A randomized controlled trial. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 39, n. 1, p. 1-15, 2019.
- ANTUNES, A. A. M. *et al.* Brazilian versions of the Measure of Processes of Care-20 and Measure of Processes of Care-Service Providers: translation, cross-cultural adaptation and reliability. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 24, n. 2, p. 144-151, 2020.
- ANTUNES, A. A. M.; VAZ, D. V. Family-Centered practice in a Brazilian rehabilitation network service. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 25, n. 5, p. 544-551, 2021.
- ARAUJO, C. R. S. *et al.* Efficacy of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach with and without parental coaching on activity and participation for children with developmental coordination disorder: a randomized clinical trial. **Research in Developmental Disabilities**, v.110, p. 103862, 2021.
- ARAÚJO, C. C. S. *et al.* Efficacy of the cognitive orientation to daily occupational performance with Brazilian children with developmental coordination disorder. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 26, n. 1, p. 46-54, 2019.
- BALBINO, F. S. *et al.* Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 84-92, 2016.
- BAMM, E. L.; ROSENBAUM, P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 89, n. 8, p. 1618-1624, 2008.
- BARBOSA, M. A. M. *et al.* Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 194-199, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: edições 70, 2022.
- BONFIM, T. A. *et al.* Assistência às famílias de crianças com Transtornos do Espectro Autista: percepções da equipe multiprofissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3780, 2023.
- BOTELHO, L. R. M. *et al.* Autoavaliação da inclusão das famílias em políticas e práticas institucionais: perspectiva da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018.

BOURKE-TAYLOR, H.. Occupational therapists working with children and families: two decades of progress. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 64, p. 11-13, 2017.

BOYLE, P. *et al.* Home safety for children with autistic spectrum disorder: Local authority occupational therapy intervention. **British journal of occupational therapy**, v. 77, n. 5, p. 243-250, 2014.

BRANDAO, M. B. *et al.* Family-Centered early intervention program for Brazilian infants with congenital Zika virus syndrome: a pilot study. **Physical & Occupational Therapy In Pediatrics**, v. 39, n. 6, p. 642-654, 2019.

BRASIL. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. 2016

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development: experiments by nature and design**, Harvard University Press, London, 2009.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nature reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. **Psychological review**, v. 101, n. 4, p. 568, 1994.

BRONFENBRENNER, U. *et al.* The ecology of human development experiments by nature and desing. 1979.

CANCHILD. **What is family-centred service?**. 2014. Disponível em: <<https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/266/original/FCS1.pdf>>. Acesso em: 31 de março de 2022.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Family centered care in pediatrics: redefining relationships. *Cienc Cuidado Saúde*. 2011; 10 (4): 861-5. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18333.».

CUNNINGHAM, B. J.; ROSENBAUM, P. L. Measure of processes of care: a review of 20 years of research. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 56, n. 5, p. 445-452, 2014.

DARRAH, J. *et al.* Are family-centred principles, functional goal setting and transition planning evident in therapy services for children with cerebral palsy?. **Child: care, health and development**, v. 38, n. 1, p. 41-47, 2010.

DIAS, J. F. *et al.* Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 206-213, 2017.

DYKE, P. *et al.* Use of the Measure of Process of Care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. **Child: care, health and development**, v. 32, n. 2, p. 167-176, 2006.

DUNN, W. **Best practice occupational therapy for children and families in community settings**, 2nd edn, SLACK Incorporated, Thorofare, 2011.

DUNST, C.J. *et al.* Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not?, **Exceptional Children**, v. 58, n. 2, p. 115-126, 1991.

DUNST, C. J. Family-centred practices: birth through high school. **The journal of special education**. North Carolina, USA, v. 36, n. 3, p. 141-149, 2002.

ELENKO, B. Preparing occupational therapists for effective family-centered best practice in early intervention. **Infants and Young Children**, v. 32, n. 4, p. 270-279, 2019.

ESPE-SHERWINDT, M. 'Family-centred practice: collaboration, competency and evidence', **Support for Learning**, v. 23, n. 3, p. 136-143, 2008.

FAIRBROTHER, G. *et al.* Is it possible to bring the emancipatory practice development and evidence-based practice agendas together in nursing and midwifery. **International Practice Development Journal**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* A criança com transtorno do espectro autista (TEA): um estudo de caso da intervenção da Terapia Ocupacional a partir da teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 187-194, 2018.

FOSTER, L. *et al.* Coaching mothers of children with autism: A qualitative study for occupational therapy practice. **Physical & occupational therapy in pediatrics**, v. 33, n. 2, p. 253-263, 2013.

FRAGA, E. *et al.* The construction of maternal co-occupation in the Neonatal Intensive Care Unit. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, p. 92-104, 2019.

FRANCK, L. S.; CALLERY, P. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. **Child: care, health and development**, v. 30, n. 3, p. 265-277, 2004.

GHAEMI, S. N. Biomedical reductionist, humanist, and biopsychosocial models in medicine. In: SCHRAMME, T.; EDWARDS, S. (eds). **Handbook of the Philosophy of Medicine**, Springer Netherlands, Dordrecht, p. 1-19, 2015.

GONÇALVES, A. M. *et al.* Compreendendo a participação de mães no cuidado aos filhos com doenças crônicas em unidade intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

GRAHAM, F. *et al.* Occupational therapists' and physiotherapists' perceptions of implementing occupational performance coaching. **Disability and Rehabilitation**, v. 40, n. 12, p. 1386-1392, 2018.

HALL, E. O. C. Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 19, n. 3, p. 179-185, 2005.

HANNA, K.; RODGER, S. Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. **Australian Occupational Therapy Journal**, Australia, v. 49, n. 1, p. 14-24.

- HEALY, K. After the biomedical technology revolution: where to now for a bio-psycho-social approach to social work?. **British Journal of Social Work**, v. 46, n. 5, p. 1446-1462, 2016.
- HUTCHFIELD, K. Family-centred care: a concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 29, n. 5, p. 1178-1187, 1999.
- IDEA. Section 1436 - Individualized family service plan. 2019. Disponível em: <<https://sites.ed.gov/idea/statute-chapter-33/subchapter-iii/1436>>. Acesso em: 29 out. 2023.
- JAFFE, L; COSPER, S. Working with families. In: CASE-SMITH, J.; O'BRIEN, J. C. **Occupational Therapy for Children and Adolescents**, 7 ed, Elsevier, St Louis, p. 129-162, 2014.
- KANG, L. J. *et al.* Measuring family-centred practices of professionals in early intervention services in Taiwan. **Child: care, health and development**, v. 43, n. 5, p. 709-717, 2017.
- KAHJOOGH, M. A. *et al.* Occupational performance coaching: Goal barriers and beneficial facilitators. **International Journal of Therapy And Rehabilitation**, v. 27, n. 3, p. 1-10, 2020.
- KIELHOFNER, G. Qualitative research: Part two Methodological approaches and relevance to occupational therapy. **The Occupational Therapy Journal of Research**, v. 2, n. 3, p. 150-164, 1982.
- KING, S. M. *et al.* Parents 'perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 38, n. 9, p. 757-772, 1996.
- KOKORELIAS, K. M. *et al.* Towards a universal model of family centered care: a scoping review. **Biomed Central - Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 564-564, 2019.
- LAGE, C. R. *Towards the development of foundational concepts for collaborative practice with parents in occupational therapy for children.* [Masters thesis, University of South Australia]. UniSA Repository, 2022.
- LETOURNEAU, N. L.; ELLIOTT, M. R. Pediatric health care professionals' perceptions and practices of family-centered care. **Children's Health Care**, v. 25, p. 157-174, 1996.
- LOTZE, G. M. *et al.* Family-centered care for children with special health care needs: are we moving forward?. **Journal of Family Social Work**, v. 13, n. 2, p. 100-113, 2010.
- MARCHBANCK, A. M. The National Disability Insurance Scheme: Administrators' perspectives of agency transition to 'user pay' for early intervention service delivery. **Australias J Early Child**. Australia, v. 42, v. 3, p. 46-53, 2017.
- MARCHETTI, M. A. *et al.* A Formação interdisciplinar para a abordagem familiar na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20220178, 2023.
- MARTINS, R. *et al.* Intervenção precoce: práticas e representações', **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 62, p. 495, 2018.

MAZER, B. *et al.* Rehabilitation services for children: therapists' perceptions. **Pediatric Rehabilitation**, v. 9, n. 4, p. 340-350, 2006.

MILLAR, F. *et al.* Managing Waiting Times and Providing Equitable, Family-Centred Care: A Description of Four Key Initiatives from NHS Fife Child Health Occupational Therapy Service (2006–11). **Br J Occup Ther.** United Kingdom, v. 76, v. 8, p. 379-383, 2013.

MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT. Early intervention therapy program guidelines. British Columbia, CA, 2009. Disponível em: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/managing-your-health/early-childhohealth/ei_therapy_guidelines.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

MIRANDA, A. R. *et al.* A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2015.

MURPHY, D. L. *et al.* The family-centered program rating scale: An instrument for program evaluation and change. 1995.

NOVAK, I.; HONAN, I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. **Australian occupational therapy journal**, v. 66, n. 3, p. 258-273, 2019.

PALINKAS, L. A. *et al.* Mixed method designs in implementation research. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, p. 44-53, 2011.

PEREIRA, I. J.; SERUYA, F. M. Occupational therapists' perspectives on family-centered practices in early intervention. **The Open Journal of Occupational Therapy**, v. 9, n. 3, p. 1-12, 2021.

PIGGOT, J. *et al.* Parental adjustment to having a child with cerebral palsy and participation in home therapy programs. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 23, n. 4, p. 5-29, 2003.

RAGHAVENDRA, P. *et al.* Parents' and service providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. **Child: care, health and development**, v. 33, n. 5, p. 586-592, 2007.

REKOUTIS, P. A. **Parents of young children with autism spectrum disorders: Their experiences and perceptions of occupational therapy in the context of family-centered services.** New York University, 2010.

ROBINS, C. S. *et al.* Dialogues on mixed methods and mental health services research: Anticipating challenges, building solutions. **Psychiatric Services**, v. 59, p. 727–731, 2008.

ROCCA, E.; ANJUM, R. L. Complexity, reductionism and the biomedical model. **Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient**, Springer International Publishing, New York, 2020.

ROGERS, C. Client-centered therapy: its current practice, implications and theory / Carl R. Rogers with special chapters by Elaine Dorfman, Thomas Gordon, Nicholas Hobbs, Constable, London, 1951.

ROSENBAUM, P. *et al.* Family-centred service: a conceptual framework and research review. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 1998.

SALOOJEE, G. M. *et al.* Development of a measure of family-centred care for resource-poor South African settings: the experience of using a modified version of the MPOC-20. **Child: care, health and development**, v. 35, n. 1, p. 23-32, 2009.

SCHREIBER, J. *et al.* Parent perspectives on rehabilitation services for their children with disabilities: a mixed methods approach. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 31, n. 3, p. 225-238, 2011.

SHIELDS, L. *et al.* Family-centred care for children in hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2007.

SHIELDS, L.; TANNER, A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. **Pediatric Nursing**, v. 30, n. 3, p. 189, 2004.

SILVA, T. O. *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 107-112, 2015.

STEFANSDOTTIR, S.; EGILSON, S. Diverging perspectives on children's rehabilitation services: a mixed-methods study. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 23, n. 5, p. 374-382, 2016.

TANG, H. N. *et al.* Evaluation of family-centred practices in the early intervention programmes for infants and young children in Singapore with Measure of Processes of Care for Service Providers and Measure of Beliefs about Participation in Family-Centred Service. **Child: Care, Health and Development**, v. 38, n. 1, p. 54-60, 2011.

THOMPSON, K. M. Early intervention services in daily family life: Mothers' perceptions of 'ideal' versus 'actual' service provision. **Occupational Therapy International**, v. 5, n. 3, p. 206-221, 1998.

TONG, A. *et al.* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TRIVETTE, C. M. *et al.* Family-centeredness of the Children's Health Care journal. **Children's Health Care**, v. 22, n. 4, p. 241-256, 1993.

UNITED NATIONS. Family-oriented policies and programmes. 2002. Disponível em: <<https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789213633823s013-c007/read>>. Acesso em: 29 out. 2023.

VAZ, D. V., *et al.* Aplicação de entrevistas cognitivas para produzir versões brasileiras de instrumentos de avaliação da prática centrada na família. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 29, n. 1; p. 41-49, abr 2018.

VOLPINI, M. *et al.* Mobilidade sobre rodas: a percepção de pais de crianças com paralisia cerebral/Wheeled mobility: the perception of parents of children with cerebral palsy. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 3, 2013.

WALLISCH, A. *et al.* Parent perspectives of an occupational therapy telehealth intervention. **International journal of telerehabilitation**, v. 11, n. 1, p. 15, 2019.

WEXLER, D. A.; RICE, L. N. **Innovations in client-centered therapy**, John Wiley & Sons, New York, 1974.

WILLIS, B. **My Social Toolbox: Building a foundation for increased social participation among children with disabilities**. 2016. Tese de Doutorado. Duquesne University.

WOODSIDE, J. M. *et al.* Family-centered service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. **Children's health care**, v. 30, n. 3, p. 237-252, 2001.

ANEXOS

Anexo A: Medida de Processos de Cuidado – Provedores de Serviço (*Measure of Process of Care – MPOC-SP*) – Antunes, et. al, 2020.

No último ano, o quanto você...

| Item | Pergunta | Domínio |
|------|---|------------------------------|
| 6 | ...aceitou pais e suas famílias sem julgamento de valores? | <i>Tratamento Respeitoso</i> |
| 7 | ...confiou nos pais como os “especialistas” em sua criança? Ou seja, entende que os pais são as pessoas que mais conhecem a criança? | |
| 10 | ...garantiu que pais tivessem uma oportunidade de dizer o que era importante para eles? | |
| 13 | ...respondeu completamente as perguntas dos pais? | |
| 17 | ...tratou cada mãe ou pai como um indivíduo e não como um “estereótipo” de mãe ou pai de criança com “problema”? | |
| 18 | ...tratou pais de igual para igual, e não apenas de maneira genérica (ex: não se referindo a eles como “Mãe” ou “Pai” e sim chamando-os pelo próprio nome)? | |
| 19 | ...garantiu que os pais tivessem a oportunidade de explicar seus objetivos para o tratamento e suas necessidades? | |
| 20 | ...ajudou os pais a se sentirem parceiros no cuidado com a sua criança? | |
| 22 | ...tratou crianças e suas famílias como pessoas e não como ‘casos’ (não se referindo a criança e família pelo diagnóstico como ‘a diplégica espástica’)? | |

| | | |
|----|---|---|
| 1 | ...sugeriu tratamentos ou adequações de atividade que se encaixam com as necessidades e estilo de vida de cada família? | <i>Sensibilidade interpessoal</i> |
| 2 | ...ofereceu aos pais e crianças um retorno positivo ou encorajamento (ex.: na realização de um programa domiciliar)? | |
| 3 | ...reservou tempo para estabelecer uma relação com os pais e criança? | |
| 4 | ...discutiui expectativas para cada criança com outros prestadores de serviço (seja da sua categoria profissional ou não), para garantir consistência de pensamentos e ações? | |
| 5 | ...informou pais sobre opções de serviços ou tratamento para a criança (ex.: equipamento, escola, terapia)? | |
| 8 | ...discutiui/explorou os sentimentos de cada família sobre ter uma criança com necessidades especiais (ex: suas preocupações sobre sua saúde e a funcionalidade da criança)? | |
| 9 | ...previu as preocupações dos pais oferecendo informação antes mesmo que perguntassem? | |
| 11 | ...deixou os pais escolherem quando receber informação e que tipo de informação que queriam (ex. deu oportunidade para eles tirarem as dúvidas de interesse deles e no momento que eles queriam)? | |
| 12 | ...ajudou cada família a manter um vínculo estável com pelo menos um profissional que acompanhe a criança e os pais por um longo período de tempo? | |
| 21 | ...ajudou os pais a se sentirem competentes no seu papel como pais? | |
| 14 | ...comunicou aos pais sobre resultados de testes ou avaliações? | <i>Comunicação de informações específicas sobre a</i> |
| 15 | ...forneceu aos pais informações escritas sobre a condição de saúde, progresso ou tratamento da criança? | |

| | | |
|----|--|--|
| 16 | ...comunicou aos pais detalhes sobre os serviços dados a criança, como tipo, razões, duração do tratamento ou conduta? | <i>criança</i> |
| 23 | ...promoveu contato entre famílias para se socializarem, dividirem informações e experiências? | <i>Promovendo Informações Gerais</i> |
| 24 | ...deu apoio para as famílias lidarem com o impacto da condição crônica de sua criança (ex: informando os pais sobre programas de assistência ou aconselhando sobre como lidar com outros prestadores de serviço)? | |
| 25 | ...deu sugestões sobre como obter informação ou entrar em contato com outros pais (ex: associações de pais, páginas na internet)? | |
| 26 | ...deu oportunidade para a família inteira (todos que convivem diretamente com a criança) incluindo irmãos, para obter informação sobre a criança? | |
| 27 | ...disponibilizou informações abrangentes sobre diferentes preocupações relacionadas com a realidade da criança (ex: custos financeiros ou assistência, aconselhamento genético, oportunidades para que os cuidadores possam descansar, namoro e sexualidade)? | |

Opções de resposta:

| | | | | | | | |
|------------|------------|----------|---------------|----------|-------------|-----------------|---------------|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Totalmente | Muitíssimo | Bastante | Mais ou menos | Pouco | Pouquíssimo | De jeito nenhum | Não se aplica |

Anexo B: Parecer consubstancial do CEP – versão 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Prática Centrada na Família na Terapia Ocupacional: percepções dos profissionais e dos pais

Pesquisador: Ana Amélia Cardoso Rodrigues

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60482922.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.785.655

Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda submetida nos seguintes termos:

"Cumprimentando-o, vimos respeitosamente endereçar pedido de emenda, para o projeto de pesquisa intitulado "Prática Centrada na Família na Terapia Ocupacional: percepções dos profissionais e dos pais" com CAAE 60482922.2.0000.5154, aprovado em 06/08/2022 cujo objetivo geral é compreender a aplicação da prática centrada na família nos serviços mineiros de terapia ocupacional infantil, a partir das percepções dos terapeutas ocupacionais e dos pais.

A emenda trata-se de inclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os pais e/ou cuidadores. Ao conduzir o processo de entrevistas com os profissionais terapeutas ocupacionais, chegando nesta fase do estudo, foi verificada a ausência deste documento para o grupo em questão. O TCLE em questão encontra-se anexo a este memorando.

Adicionalmente, esclarecemos que não estamos enviando relatório parcial em virtude do pouco tempo de curso da pesquisa (inferior a seis meses). Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários".

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.785.655

Objetivo da Pesquisa:

Não constam alterações em relação ao protocolo originalmente aprovado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não constam alterações em relação ao protocolo originalmente aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de solicitação de emenda submetida nos seguintes termos:

"Cumprimentando-o, vimos respeitosamente endereçar pedido de emenda, para o projeto de pesquisa intitulado "Prática Centrada na Família na Terapia Ocupacional: percepções dos profissionais e dos pais" com CAAE 60482922.2.0000.5154, aprovado em 06/08/2022 cujo objetivo geral é compreender a aplicação da prática centrada na família nos serviços mineiros de terapia ocupacional infantil, a partir das percepções dos terapeutas ocupacionais e dos pais.

A emenda trata-se de inclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os pais e/ou cuidadores. Ao conduzir o processo de entrevistas com os profissionais terapeutas ocupacionais, chegando nesta fase do estudo, foi verificada a ausência deste documento para o grupo em questão. O TCLE em questão encontra-se anexo a este memorando.

Adicionalmente, esclarecemos que não estamos enviando relatório parcial em virtude do pouco tempo de curso da pesquisa (inferior a seis meses). Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios, necessários à submissão da emenda, foram adequadamente apresentados.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS 466/12, CNS 510/16 e Norma Operacional 001/2013, a Coordenação do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação ad-referendum da emenda proposta, situação definida em 30/11/2022.

O CEP-UFTM reitera que, de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 5.785.655

página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado ad-referendum pela Coordenação do CEP-UFTM em 30/11/2022.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2059327_E2.pdf | 30/11/2022 09:21:27 | | Aceito |
| Outros | Mem_MPOC_pais.pdf | 30/11/2022 09:20:39 | Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Emenda_MPOC20_OK.doc | 30/11/2022 09:19:50 | Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Emenda_.pdf | 05/08/2022 20:58:59 | Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza | Aceito |
| Outros | Mem_Familia.pdf | 05/08/2022 20:58:43 | Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto07072022.pdf | 07/07/2022 20:54:33 | Ana Amélia Cardoso Rodrigues | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | AnexoQuatroMinquestionariosSociodemograficosLuisaAragao.pdf | 07/07/2022 19:09:14 | Luisa Aragão Nogueira de Freitas | Aceito |
| Brochura Pesquisa | AnexoTresMPOCSPLuisaAragao.pdf | 07/07/2022 19:09:01 | Luisa Aragão Nogueira de Freitas | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProtocoloProjetoDetalhadoLuisaAragao.pdf | 07/07/2022 18:59:45 | Luisa Aragão Nogueira de Freitas | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **Município:** UBERABA **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Telefone:** (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 5.785.655

UBERABA, 30 de Novembro de 2022

Assinado por:
Daniel Fernando Bovolenta Ovigli
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Casa das Comissões
Bairro: Abadia **CEP:** 38.025-440
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br

APÊNDICES

Apêndice A: Miniquestionário sociodemográfico

| Data: | Nome do profissional: | Universidade de formação: | Possui especialização? | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| PERGUNTA | Até 2 anos | Entre 2 e 5 anos | Entre 5 e 10 anos | 10 anos ou mais |
| Tempo de formação | | | | |
| PERGUNTA | Até 2 anos | Entre 2 e 5 anos | Entre 5 e 10 anos | 10 anos ou mais |
| Tempo de atuação na infância | | | | |
| PERGUNTA | Público | | Privado | |
| Serviço de atuação | | | | |
| PERGUNTA | Capital | Interior | | Região metropolitana |
| Região de trabalho | | | | |

Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido – Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 - fase quantitativa – (deferidos de forma online via google forms)

Olá! Você está sendo convidado(a) para participar, como VOLUNTÁRIO(A), da pesquisa “Prática Centrada na Família na Terapia Ocupacional: percepções dos profissionais”. Trata-se de um estudo desenvolvido por Luisa Aragão Nogueira de Freitas, aluna de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a orientação da professora Dra Ana Amélia Cardoso e coorientação da professora Dra Alessandra Cavalcanti. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) pelo CAAE: 60482922.2.0000.5154.

O preenchimento deste termo e do questionário têm duração média de 20 minutos e deverá ser feito apenas uma vez. Após responder a todas as etapas, uma via das respostas será enviada ao seu e-mail. Recomendamos que você salve ou imprima este documento. Esses dados serão armazenados em uma pasta no drive das pesquisadoras, por um período de cinco anos e depois serão deletados.

OBJETIVOS:

Compreender a aplicação da Prática Centrada na Família nos serviços de Terapia Ocupacional infantil no estado de Minas Gerais, a partir das percepções dos terapeutas ocupacionais.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS:

Você precisará responder, individualmente e de maneira sigilosa, questões sociodemográficas e questões descritas no instrumento Measure of processes of care for service providers (MPOC-SP) ou "Medida de Processos de Cuidado - prestadores de serviços", que contém 27 questões para serem associadas em uma escala variando de 0-7 pontos. O objetivo do MPOC-SP é avaliar a extensão do uso da prática centrada na família nos serviços, a partir das percepções dos profissionais. Caso haja dúvidas, você poderá entrar em contato conosco via e-mail, WhatsApp ou telefone.

Você também poderá ser convidado(a) para participar de um segundo momento da pesquisa, quando ocorrerão entrevistas individuais por meio de encontro virtual utilizando a plataforma Google Meet. Este encontro será gravado para que possamos transcrever na íntegra o conteúdo e depois proceder a análise. Nesta etapa da pesquisa nós conversaremos sobre como você compreende as relações terapêuticas, como ocorre a participação dos pais no processo terapêutico de seus filhos e o que é a prática centrada na família para você.

SIGILO:

O uso dos dados coletados na pesquisa serão confidenciais aos pesquisadores, não sendo permitida a divulgação de dados descritivos individualizados dos participantes do estudo. Para garantir seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas e em momento algum haverá divulgação do seu nome. Nós asseguramos rigoroso SIGILO de sua identidade, prezando pela sua privacidade quanto aos seus dados confidenciais envolvidos. Para tanto, seu nome, e-mail e telefone serão cegados no momento da análise de dados e da redação dos resultados.

RISCOS:

Os riscos apresentados ao responder essa pesquisa são mínimos, e se relacionam a possibilidade de desconforto, cansaço ou constrangimento ao responder algum item dos questionários. Para minimizar a ocorrência desses riscos, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento e se você se sentir desconfortável por não lembrar ou saber alguma informação solicitada, poderá pedir auxílio para a pesquisadora.

BENEFÍCIOS:

Ao final deste estudo, você receberá um feedback sobre os resultados e apontamento dos domínios que estão em congruência com a prática centrada na família e dos domínios que podem ser mais trabalhados para avançar em direção a ela. Sua participação também contribui para a produção de conhecimento científico sobre a prática centrada na família no contexto da profissão no cenário brasileiro, propiciando informações que auxiliam os pesquisadores envolvidos com a temática no país a planejar ações que ampliem a compreensão desta prática em serviços voltados para a pediatria.

GASTOS FINANCEIROS:

Sua participação no estudo não acarretará custos, assim como não haverá nenhuma compensação financeira adicional para você.

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO / LIBERDADE PARA SE RETIRAR:

Ainda, esclarecemos que você tem a plena liberdade de se recusar a participar em qualquer momento da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer fase, sem penalização ou prejuízo nas relações com as instituições e pesquisadoras vinculadas ao estudo.

Ressalta-se que estamos à disposição para qualquer esclarecimento de dúvidas referentes à pesquisa, por meio dos contatos:

Profa. Dra. Ana Amélia Cardoso (31) 975545308 - ideiaufmg@gmail.com

Profa. Dra. Alessandra Cavalcanti (34) 991545527 - alessandra.cavalcanti@uftm.edu.br

Orientanda Luisa Aragão Nogueira de Freitas (31) 991442616 - luisa.aragao.nogueira@gmail.com

Formação/Ocupação: Pesquisadoras responsáveis/Orientanda pesquisadora

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, n 159- Casa das Comissões, Bairro Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Link Google-Forms: <https://forms.gle/tNBYG5GZWegRZ9Tz8>

Apêndice C: Termo de consentimento livre e esclarecido – Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 - fase quantitativa – (deferidos de forma online via gravação no início das entrevistas)

Olá! Você está sendo convidado(a) para participar, como VOLUNTÁRIO(A), da pesquisa “Prática Centrada na Família na terapia ocupacional: percepções dos profissionais e dos pais”. Trata-se de um estudo desenvolvido por Luisa Aragão Nogueira de Freitas, aluna de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a orientação da professora Ana Amélia Cardoso e coorientação da professora Alessandra Cavalcanti. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) pelo CAAE: 60482922.2.0000.5154.

Este termo está sendo enviado a você via e-mail junto ao convite para a participação da segunda fase da pesquisa. O seu consentimento para participação dessa fase será dado no momento da entrevista online, que será marcada de acordo com a sua disponibilidade de horários. Os dados coletados serão armazenados em uma pasta do drive de uma das pesquisadoras, por um período de cinco anos.

OBJETIVOS

Compreender a aplicação da prática centrada na família nos serviços de terapia ocupacional infantil no estado de Minas Gerais, a partir das percepções dos terapeutas ocupacionais.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS

Você já respondeu, de maneira individual e sigilosa, questões sociodemográficas e questões descritas no instrumento Measure of processes of care for service providers (MPOC-SP) ou "Medida de Processos de Cuidado - prestadores de serviços", que contém 27 questões para serem associadas em uma escala variando de 0-7 pontos. O objetivo do MPOC-SP é avaliar a extensão do uso da prática centrada na família nos serviços, a partir das percepções dos profissionais.

Neste momento da pesquisa, estamos sorteando participantes, dentre as pessoas que responderam os itens da primeira fase, para participarem da segunda. Caso concorde, você participará de um segundo momento da pesquisa, em que ocorrerão entrevistas individuais por meio de encontro virtual utilizando a plataforma Google Meet, que terão duração média de 60 a 90 minutos. A entrevista contará com a presença da mestrandia da pesquisa e, pontualmente, da orientadora ou da coorientadora. Este encontro será gravado para que possamos transcrever na íntegra o conteúdo e depois proceder a análise. Essa transcrição será disponibilizada para você, caso queira adicionar comentários ou fazer correções. Nesta etapa da pesquisa nós conversaremos sobre como você compreende as relações terapêuticas, como ocorre a participação dos pais no processo terapêutico de seus filhos, quais os tipos de informações costumam ser ofertadas e o quanto você está familiarizado com a prática centrada na família. Caso haja dúvidas, você poderá entrar em contato conosco via e-mail, WhatsApp ou telefone.

SIGILO

O uso dos dados coletados na pesquisa serão confidenciais aos pesquisadores, não sendo permitida a divulgação de dados descritivos individualizados dos participantes do estudo. Para garantir seu anonimato, serão utilizadas senhas numéricas e em momento algum haverá divulgação do seu nome. Nós asseguramos rigoroso SIGILO de sua identidade, prezando pela sua privacidade quanto aos seus dados confidenciais envolvidos. Para tanto, seu nome, e-mail e telefone serão cegados no momento da análise de dados e da redação dos resultados

RISCOS

Os riscos apresentados ao responder essa pesquisa são mínimos, e se relacionam a possibilidade de desconforto, cansaço ou constrangimento ao responder alguma pergunta da entrevista. Para minimizar a ocorrência desses riscos, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento e se você se sentir desconfortável por não lembrar ou saber alguma informação solicitada, poderá pedir auxílio para às pesquisadoras.

BENEFÍCIOS:

Ao final deste estudo, você receberá um feedback sobre os resultados e apontamento dos domínios que estão em congruência com a prática centrada na família e dos domínios que podem ser mais trabalhados para avançar em direção a ela. Sua participação também contribui para a produção de conhecimento científico sobre a prática centrada na família no contexto da profissão no cenário brasileiro, propiciando informações que auxiliam os pesquisadores envolvidos com a temática no país a planejar ações que ampliem a compreensão desta prática em serviços voltados para a pediatria.

GASTOS FINANCEIROS:

Sua participação no estudo não acarretará custos, assim como não haverá nenhuma compensação financeira adicional para você.

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO / LIBERDADE PARA SE RETIRAR:

Ainda, esclarecemos que você tem a plena liberdade de se recusar a participar em qualquer momento da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer fase, sem penalização ou prejuízo nas relações com as instituições e pesquisadoras vinculadas ao estudo.

Ressalta-se que estamos à disposição para qualquer esclarecimento de dúvidas referentes à pesquisa, por meio dos contatos:

Profª. Dra. Ana Amélia Cardoso (31) 975545308 - ideiaufmg@gmail.com

Profª. Dra. Alessandra Cavalcanti (34) 991545527 - alessandra.cavalcanti@uftm.edu.br

Orientanda Luisa Aragão Nogueira de Freitas (31) 991442616 - luisa.aragao.nogueira@gmail.com

Formação/Ocupação: Pesquisadoras responsáveis/Orientanda pesquisadora

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, n 159- Casa das Comissões, Bairro Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Apêndice D: Análise de conteúdo a partir de perguntas disparadoras

| 1- Como é o seu relacionamento com as famílias que você acompanha? | | | |
|---|--|--|-----------|
| ÍNDICES TEMÁTICOS | UNIDADES DE COMPREENSÃO | UNIDADES DE REGISTRO | CATEGORIA |
| <p>bom relacionamento com os pais porque trabalho de equipe, comunicação centrada com a família, de objetivos em conjunto com a família, equipe multidisciplinar, avaliações a gente faz juntamente com os pais, estabelece as metas em conjunto com os pais também, tempo inteiro ali em conversa e em contato com as pessoas, cartilhas de orientação aos pais, transferência de aprendizado em casa e no colégio e outros ambientes, consegue se comunicar, troca semanal por WhatsApp, nas primeiras sessões os pais entram na sala, depois que a criança adapta, já entra sozinha, os pais vão entrando quando a gente precisa trazer alguma orientação, observação, tô construindo esse relacionamento com os pais, sempre coloquei os pais como é. Atores parte, assim, ativamente do processo de intervenção, relacionamento bem, é bem igual, de igual pra igual, tentar entender eles o máximo possível e entender melhor a criança também, eles têm uma compreensão melhor do que as crianças estão fazendo ali, fazer esse acolhimento da família, explicar o que eles estão fazendo ali, qual que é o objetivo da terapia ocupacional pra aquela criança, anamnese bem, robusta, entender o processo da família, explicar como que acontece o processo avaliativo, quanto tempo que pode demorar, e chamando essa família constantemente. Fazer as devolutiva no final dos atendimentos, Reunião online, nem sempre dá pra ficar chamando durante o atendimento, família pra dentro do consultório e mostrar como que acontece a intervenção, e como eles podem dar continuidade durante o dia a dia, como que vai lidar pra dar continuidade na intervenção de forma mais eficaz, no olhar às vezes eles mostram que não entendendo, e a gente chama de novo, conversa de novo, anamnese, avaliação, reavaliação, devolutiva dos atendimentos de forma constante, deixar eles o mais confortável possível</p> | <p>(1) bom relacionamento com os pais tô construindo esse relacionamento relacionamento bem, bem igual de igual pra igual ser ali de igual para igual, relacionamento muito afetuoso um carinho muito grande, como eu tenho também eu aproximo mais da família, o que você tá bem, você se sente confortável". busco laço mais forte elo de confiança Uma confiança maior gera uma aproximação busco me aproximar dos pais mesmo criar um vínculo extra profissional, vínculo de amizade, vínculo afetivo sempre estar o mais parceiro e perto Eu vou estar junto acolho essa família sou empática mais próxima possível das famílias acolher o sofrimento dessa família criar esse vínculo com a família relação assim bem sincera, acolhedora</p> <p>(2) com uma delimitação profissional dentro do limite que a gente tem mesmo profissional</p> <p>(3) as famílias têm um respeito deixar eles o mais confortável possível eles se sentem mais à vontade</p> | <p>(1) Acolhimento, afeto, confiança, vínculo</p> <p>(1) Acolhimento, afeto, confiança, vínculo</p> <p>(3) (4) (5) (7) (8) Centrado no respeito, colaboração e parceria</p> <p>(3) Respeito e parceria</p> <p>(4) Incentivar a tomada de decisão das família</p> <p>(5) Compartilhar informações sobre a criança; colaborar com os pais</p> <p>(7) Ouvir e comunicar com clareza</p> <p>(8) Auxiliar na identificação das prioridades</p> | |

ser ali de igual para igual, a gente não é detentor do conhecimento dos filhos deles. Eles lá que são os experts lá, que mais conhecem a criança.

eu tô ali pra poder auxiliar com a técnica

Com um pouquinho de conhecimento que eu tenho, eles se sentem mais à vontade

eu não tiro, assim, a autoridade deles, ser uma parceira

relacionamento muito afetuosos, com uma delimitação profissional, as famílias têm um respeito, um carinho muito grande, como eu tenho também

busco me aproximar dos pais mesmo

ver a visão da família, o que ele quer com a criança

busco esse entendimento com a família

entender o que a família quer de mim.

elo de confiança

primeiro contato lá no WhatsApp, na anamnese, eu aproximo mais da família,

entender o que eles querem, o que eles sentem.

sentem em relação à criança, qual que é o medo, quais são as angústias

busco avaliar aquilo que a família vê como demanda, atendimentos... É sempre com portas abertas para a família poder participar ou não, ou para ela assistir o atendimento, né? Algumas famílias entram, outras não, mas eu sempre faço esse convite.

deixo sempre a critério da família

deixo esse convite em aberto

essa decisão eu coloco pra família, não pra mim.

os pais falam assim "mas o que você acha melhor?" Eu falo "o que você tá bem,

você se sente confortável", procuro falar com a família

escolha para a família

busco laço mais forte

Uma confiança maior.

gera uma aproximação, sempre contato de WhatsApp,

sempre me coloco à disposição pra responder

fazer reunião com a família, alinhar expectativas

criar um vínculo extraprofissional, vínculo de amizade, vínculo afetivo

relação às vezes, ela nem ocorre diretamente com o cuidador primário

tipo uma babá

relação um pouquinho mais distante

trazer eles mais perto pra gente conversar

é no momento da devolutiva

eles traçam os objetivos junto comigo

contato fica às vezes só de corredor

WhatsApp ajuda bastante

não sinto eles tão próximos do processo

ser uma parceira

família se sinta muito confortável

(4)

busco esse entendimento com a família

entender o que a família quer de mim

essa decisão eu coloco pra família, não pra mim

entender o que eles querem, o que eles sentem

alinhar expectativas

sentem em relação à criança, qual que é o medo, quais são as angústias

procuro falar com a família

ver a visão da família

escolha para a família

tentar entender eles o máximo possível e entender melhor a criança também.

entender o processo da família

a autoridade deles

país como é Atores parte, ativamente do processo de intervenção

Os principais autores

entendo qual que é o processo, o que que trouxe

entender o porquê dessa família procurar o serviço

entender o que é importante para a família, qual tem sido o sofrimento, os lutos que essa família

sempre considerando tudo que ela tá vivendo

(5)

eu tô ali pra poder auxiliar com a técnica

Com um pouquinho de conhecimento que eu tenho

a gente não é detentor do conhecimento dos filhos deles

Eles lá que são os experts lá, que mais conhecem a criança.

eles têm uma compreensão melhor do que as crianças estão fazendo ali

eu vou oferecer a parte mais técnica, mas ela que vai guiar o quanto dá para fazer, o quanto não dá, o que não é, qual caminho quer seguir, qual não quer

família vai ser a palavra final

sei que são eles que passam o maior tempo

(6)

(4)
Incentivar a tomada de decisão das família

(5)
Compartilhar informações sobre a criança; colaborar com os pais

(6)

(2) (6) (9) (10)
Centrado no profissional

(2)
Profissional

(6)
Equipe Multidisciplinar

(9)
Ausência de envolvimento da família

(10)
Processos de avaliação, tipos de intervenção, orientação familiar

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>alguns pais que entram, conversam, tá ali compartilhando junto o atendimento e trazendo novos objetivos contendo como que tá</p> <p>Os principais autores família se sinta muito confortável eu vou oferecer a parte mais técnica mas ela que vai guiar o quanto dá para fazer, o quanto não dá que é confortável, o que não é, qual caminho quer seguir, qual não quer</p> <p>final</p> <p>Eu vou estar junto sempre estar o mais parceiro e perto pra família ver que ela que vai ser a palavra final</p> <p>acolho essa família, entendo qual que é o processo, o que que trouxe</p> <p>entender o porquê dessa família procurar o serviço guiar essa família</p> <p>escuto tudo, eu ouço tudo o que a família tem de queixo, de relato, tento dar algumas explicações e chamo essa família para avaliação</p> <p>envolvendo a família nesse processo explicando à família o que precisa antes, o que precisa depois coloco a família junto para ela participar ficar dentro do espaço acompanhando a terapia perguntando como está</p> <p>como estão as coisas na escola, em casa, passo algumas coisas para fazer em casa</p> <p>auxiliando aquela família procurar um outro profissional sempre considerando tudo que ela tá vivendo sei que são eles que passam o maior tempo</p> <p>empática</p> <p>mais próxima possível das famílias dentro do limite que a gente tem mesmo profissional</p> <p>acolher o sofrimento dessa família</p> <p>primeiro só as famílias sem a criança criar esse vínculo com a família, entender o que é importante para a família, qual tem sido o sofrimento, os lutos que essa família</p> <p>principais demandas ocupacionais que essa família espera explicar o que é terapia ocupacional, para explicar as abordagens</p> <p>relação assim bem sincera, acolhedora</p> <p>forma de comunicação com a família são meus relatórios</p> | <p>porque trabalho de equipe equipe multidisciplinar</p> <p>(7) comunicação centrada com a família consegue se comunicar escuto tudo, eu ouço tudo o que a família tem de queixo, de relato</p> <p>(8) objetivos em conjunto com a família estabelece as metas em conjunto com os pais também ele quer com a criança eles traçam os objetivos junto comigo principais demandas ocupacionais que essa família espera</p> <p>(9) relação às vezes, ela nem ocorre diretamente com o cuidador primário, Ela ocorre ali por um terceiro, tipo uma babá não sinto eles tão próximos do processo relação um pouquinho mais distante</p> <p>(10) avaliações a gente faz juntamente com os pais tempo inteiro ali em conversa e em contato com as pessoas, cartilhas de orientação aos pais, transferência de aprendizado em casa e no colégio e outros ambientes troca semanal por WhatsApp nas primeiras sessões os pais entram na sala depois que a criança adapta, já entra sozinha os pais vão entrando quando a gente precisa trazer alguma orientação, observação fazer esse acolhimento da família, explicar o que eles estão fazendo ali, qual que é o objetivo da terapia ocupacional pra aquela criança, anamnese bem, robusta explicar como que acontece o processo avaliativo, quanto tempo que pode demorar, e chamando essa família</p> | <p>Equipe Multidisciplinar</p> <p>(7) Ouvir e comunicar com clareza</p> <p>(8) Auxiliar na identificação das prioridades</p> <p>(9) Ausência de envolvimento da família</p> <p>(10) Processos de avaliação, tipos de intervenção, orientação familiar</p> | |
|---|--|---|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>constantemente. Fazer as devolutiva no final dos atendimentos, Reunião online, nem sempre dá pra ficar chamando durante o atendimento [REDACTED] família pra dentro do consultório e mostrar como que acontece a intervenção, e como eles podem dar continuidade [REDACTED] durante o dia a dia, , como que vai lidar pra dar continuidade na intervenção de forma mais eficaz, [REDACTED] no olhar às vezes eles mostram que não entendendo, [REDACTED] e a gente chama de novo, conversa de novo. [REDACTED] anamnese, avaliação, reavaliação, devolutiva dos atendimentos de forma constante. [REDACTED] primeiro contato lá no WhatsApp, , na anamnese [REDACTED] busco avaliar aquilo que a família vê como demanda, [REDACTED] atendimentos... É sempre com portas abertas para a família poder participar ou não, ou para ela assistir o atendimento, [REDACTED] Algumas famílias entram, outras não, mas eu sempre faço esse convite. [REDACTED] deixo sempre a critério da família [REDACTED] deixo esse convite em aberto [REDACTED] os pais falam assim "mas o que você acha melhor?" Eu falo sempre contato de WhatsApp, [REDACTED] sempre me coloco à disposição pra responder [REDACTED] fazer reunião com a família [REDACTED] trazer eles [REDACTED] mais perto pra gente conversar [REDACTED] é no momento da devolutiva [REDACTED] contato fica às vezes só de corredor [REDACTED] WhatsApp ajuda bastante [REDACTED] tá ali compartilhando junto o atendimento e trazendo novos objetivos [REDACTED] contando como que tá [REDACTED] guiar essa família [REDACTED] tento dar algumas explicações e chamo essa família para avaliação [REDACTED] envolvendo a família nesse processo [REDACTED] explicando à família o que precisa antes, o que precisa depois [REDACTED] coloco a família junto para ela participar [REDACTED] ficar dentro do espaço acompanhando a terapia [REDACTED] perguntando como está [REDACTED] como estão as coisas na escola, em casa, passo algumas coisas para fazer em casa [REDACTED] auxiliando aquela família [REDACTED] procurar um outro profissional [REDACTED] primeiro só as famílias sem a criança [REDACTED] explicar o que é terapia ocupacional, [REDACTED] para explicar as abordagens [REDACTED] forma de comunicação com a família são meus relatórios</p> | | |
|--|---|--|--|

| 1. A) Pedir exemplos positivos e de entraves nas relações com os pais. | | | |
|---|---|--|--|
| ÍNDICES TEMÁTICOS | UNIDADES DE COMPREENSÃO | UNIDADES DE REGISTRO | CATEGORIA |
| <p>mediar entre o pouco tempo de terapia e ainda trazer esse feedback não sair fora do seu quadro de horário</p> <p>fechamento de diagnóstico</p> <p>pais estão num momento de angústia</p> <p>traz outros problemas de casa!</p> <p>problemas internos</p> <p>euidado com a forma com que você vai trazer as suspeitas</p> <p>As vezes uma família que é um pouco mais resistente</p> <p>difficuldade de aceitar as limitações da criança</p> <p>família tem medo</p> <p>do que os outros vão falar</p> <p>alinhar ali com a família</p> <p>expor esse diagnóstico na escola</p> <p>era um medo da família de trazer a público</p> <p>gerou algumas discussões</p> <p>a gente foi aliando ali com calma</p> <p>famílias que já são habituadas naquele local, já tem hábito com outros profissionais, e aí tem uma aceitação maior dos tratamentos e das intervenções</p> <p>os relacionamentos que mais fluem bem</p> <p>estão mais engajadas</p> <p>você dá mais conhecimento pra eles</p> <p>aqueles (relacionamentos) que</p> <p>não vai tão bem</p> <p>ausentam mais</p> <p>não conseguem criar um vínculo com a família</p> <p>sempre a babá que vai</p> <p>como era uma demanda da família, a gente levou isso pra frente</p> <p>Eu nunca vi o pai</p> <p>Eu não tenho contato com esses pais</p> <p>falta de engajamento que complica bastante o relacionamento</p> <p>sempre chega atrasada</p> <p>às vezes a gente tem que trabalhar mais com os pais do que com a criança</p> <p>relacionamento muito bom e muito claro</p> <p>tava por dentro do que tava acontecendo</p> <p>dava as estratégias, as dicas</p> <p>relação de respeito mesmo</p> <p>eu aceito, eu compreendo o que eles trazem pra mim</p> | <p>(1)</p> <p>mediar entre o pouco tempo de terapia e ainda trazer esse feedback</p> <p>famílias que permitem a gente ter uma parceria mesmo</p> <p>precisa dessa parceria da família</p> <p>consigo esse vínculo, essa parceria</p> <p>relação de maior parceria</p> <p>de decisão da</p> <p>família.</p> <p>você dá mais conhecimento pra eles</p> <p>confiança</p> <p>que a gente consegue estabelecer um com o outro</p> <p>ter mais confiança da família no seu trabalho</p> <p>a gente passa a ter confiança com a própria família</p> <p>dar uma segurança para as famílias sobre o que está acontecendo</p> <p>se dispõe a esclarecer e deixar as coisas mais entendidas</p> <p>sentir segurança</p> <p>o que ela aprendeu ali durante um ano, ela consegue levar até hoje</p> <p>ela aprendeu e conseguiu conquistar</p> <p>foi construindo os pilares de segurança</p> <p>(2)</p> <p>não sair fora do seu quadro de horário</p> <p>cuidado com a forma com que você vai trazer as suspeitas</p> <p>alinhar ali com a família</p> <p>gerou algumas discussões</p> <p>a gente foi aliando ali com calma</p> <p>não acho que a gente tem que estar disponível o tempo todo</p> <p>trazendo essa construção e ela conseguiu se fortalecer,</p> <p>a gente foi construindo junto as soluções</p> <p>consegue seguir.</p> <p>a gente tem nosso limite</p> <p>estou alinhada com a expectativa que aquela família tem do processo terapêutico da criança</p> <p>duas formas de você dividindo responsabilidade</p> <p>com outros profissionais e com a família</p> | <p>(1)</p> <p>vínculo terapêutico, confiança</p> <p>(2)</p> <p>responsabilidade compartilhada, construção conjunta de soluções</p> | <p>(1) (2) (7) (8) (9) (11)</p> <p>Pontos positivos</p> <p>(1)</p> <p>vínculo terapêutico, confiança</p> <p>(2)</p> <p>responsabilidade compartilhada, construção conjunta de soluções</p> <p>(7); (8); (9)</p> <p>participação ativa, engajamento</p> <p>(11)</p> <p>Transparência, respeito</p> <p>(3) (4) (5) (6) (10)</p> <p>Entraves</p> <p>(3)</p> <p>Enfrentamento do processo diagnóstico e terapêutico</p> <p>(4); (5) e (6)</p> <p>Problemas do núcleo familiar</p> <p>(10)</p> <p>Ausência de envolvimento da família</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>eles aceitam o que eu digo confiança que a gente consegue estabelecer um com o outro trabalha objetivos bem realistas ali, e que realmente fazem parte do cotidiano a família consegue trazer isso</p> <p>família muito engajada participando ativamente Os pais que a gente consegue ter um diálogo assim mais funcional dentro de objetivos muito específicos. família que foi muito sincera</p> <p>não acho que a gente tem que estar disponível o tempo todo dar uma segurança para as famílias sobre o que está acontecendo se dispõe a esclarecer e deixar as coisas mais entendidas a porta do meu consultório é aberta, se o pai quiser ficar do lado de fora, ele fica, porque a porta está aberta, se ele quiser ficar do lado de dentro, ele fica</p> <p>relatório eu coloco como que eu vou trabalhar quais são os objetivos aplico o COPM reunião familiar uma vez por mês mãe que tinha muito medo mãe conseguia participar ela conseguia trazer o que que tava difícil sentir segurança trazendo essa construção e ela conseguiu se fortalecer, a gente foi construindo junto as soluções e que ela aprendeu ali durante um ano, ela consegue levar até hoje ela aprendeu e conseguiu conquistar foi construindo os pilares de segurança tirar o que te causa medo consegue seguir. o pai fala, a mãe discorda. E aí tem a babá Não comparece, quem fica mais é a babá, que é quem eu consigo contar não consegui achar esse elo a gente tem nosso limite você não quer responsabilizar também os pais a família, que a gente faz parte disso tudo.</p> <p>famílias que permitem a gente ter uma parceria mesmo ter mais confiança da família no seu trabalho a gente passa a ter confiança com a própria família orientações</p> | <p>tomar decisões juntos algumas famílias isso estar muito ciente do que a gente tá falando passam considerar a gente como se fosse alguém da família. conquistar ali a família e ele orientações você tem que estar sempre trazendo mesmo eles pra perto intenção de vir mais pra perto construindo junto</p> <p>(3) fechamento de diagnóstico pais estão num momento de angústia família tem medo do que os outros vão falar expor esse diagnóstico na escola era um medo da família de trazer a público mãe que tinha muito medo tirar o que te causa medo não consegui achar esse elo você não quer responsabilizar também os pais a família, que a gente faz parte disso tudo. às vezes, a gente não alcança não consegue ter essa comunicação com ela fazer com que eles não sobrem famílias desmotivação também da nossa parte de estar dentro desse processo às vezes fica exaustivo tanto para a gente quanto para os pais Quando não consegue fico um pouco mais sozinha mais difícil a nossa comunicação</p> <p>(4) traz outros problemas de casal problemas internos o pai fala, a mãe discorda acolhi muito essa avó. precisou da paciência acolhimento</p> | <p>(3) Enfrentamento do processo diagnóstico e terapêutico</p> <p>(4); (5) e (6) Problemas do núcleo familiar</p> | |
|---|--|---|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>famílias que são mais distantes precisa dessa parceria da família às vezes a gente não alcança não conseguia ter essa comunicação com ela marcar uma reunião</p> <p>terem uma ideia que eles não cobrem também intenção de vir mais pra perto participando junto construindo junto ter interesse em saber o que a gente está fazendo com a criança, qual que é o objetivo muitos pais que deixam a criança aqui Acha que aqui o processo terapêutico é só aqui dentro você tem que estar sempre trazendo mesmo eles pra perto de maneira que também da nossa parte de estar dentro desse processo às vezes fica exaustivo tanto para a gente quanto para os pais pais mais distantes do processo</p> <p>quanto mais a família entra estou alinhada com a expectativa que aquela família tem do processo terapêutico da criança consigo esse vínculo, essa parceria relação de maior parceria de desistência da família duas formas de você dividindo responsabilidade com outros profissionais e com a família tomar decisões juntos Quando não consegue fica um pouco mais sozinha</p> <p>algumas famílias -isso a postura dela com a gente é muito reativa, ela faz uns pedidos com muita agressividade muito difícil a nossa comunicação estar muito ciente do que a gente tá falando passam considerar a gente como se fosse alguém da família. fazer questão que a família ficasse dentro porque a relação dele com a família era muito boa, conquistar ali a família e ele quadrado</p> | <p>(5) às vezes uma família que é um pouco mais resistente dificuldade de aceitar as limitações da criança a postura dela com a gente é muito reativa, ela faz uns pedidos com muita agressividade</p> <p>(6) aqueles (relacionamentos) que não vai tão bem ausentam mais não conseguem criar um vínculo com a família falta de engajamento, que complica bastante o relacionamento sempre chega atrasada Não comparece, famílias que são mais distantes muitos pais que deixam a criança aqui Acha que aqui o processo terapêutico é só aqui dentro pais mais distantes do processo</p> <p>(7) famílias que já são habituadas naquele local, já tem hábito com outros profissionais, e aí tem uma aceitação maior dos tratamentos e das intervenções</p> <p>(8) os relacionamentos que mais fluem bem estão mais engajadas família muito engajada participando ativamente mãe conseguia participar ela conseguia trazer o que que tava difícil participando junto</p> <p>(9) a porta do meu consultório é aberta, se o pai quiser ficar do lado de fora, ele fica, porque a porta está aberta, se ele quiser ficar do lado de dentro, ele fica</p> | <p>(7); (8); (9) participação ativa, engajamento</p> | |
|--|---|--|--|

| <p>uma avó realmente de deixar essa família entra Deixar é engraçado é um direito dessas famílias envolvimento</p> | <p>ter interesse em saber o que a gente está fazendo com a criança, qual que é o objetivo quanto mais a família entra fazer questão que a família ficasse dentro porque a relação dele com a família era muito boa realmente de deixar essa família entra Deixar é engraçado é um direito dessas famílias</p> <p>(10) E aí tem a babá quem fica mais é a babá, que é quem eu consigo contar sempre a babá que vai Eu nunca vi o pai Eu não tenho contato com esses pais</p> <p>(11) às vezes a gente tem que trabalhar mais com os pais do que com a criança trabalha objetivos bem realistas ali, e que realmente fazem parte do cotidiano Os pais que a gente consegue ter um diálogo assim mais funcional dentro de objetivos muito específicos. família que foi muito sincera relacionamento muito bom e muito claro tava por dentro do que tava acontecendo dava as estratégias, as dicas relação de respeito mesmo eu aceito, eu compreendo o que eles trazem pra mim eles aceitam o que eu digo</p> | <p>(10) Ausência de envolvimento da família</p> <p>(11) Transparência, respeito</p> | |
|--|--|---|---|
| <h2>2- Os pais participam do processo terapêutico?</h2> | | | |
| ÍNDICES TEMÁTICOS | UNIDADES DE COMPREENSÃO | UNIDADES DE REGISTRO | CATEGORIA |
| <p>pais entram nas primeiras sessões até a criança se adaptar, aí depois a gente vai tentando fazer essa separação quando eu preciso, que é algo que é pontual chamo eles para participar "para casa", agora você vai treinar cartilhas pessoal tira foto e me manda pelo WhatsApp</p> | <p>(1) pais entram nas primeiras sessões até a criança se adaptar, aí depois a gente vai tentando fazer essa separação quando eu preciso, que é algo que é pontual chamo eles para participar</p> | <p>(1) Participação por conveniência</p> | <p>(1) (2) (5) SIM (1)</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>euidadora que leva contato com os pais e a babá babá que leva em todos os terapeutas orienta;</p> <p>aqueles que participam e aqueles que não maioria participa a gente tá ali pra tentar ajudar o máximo possível!</p> <p>poder aquisitivo é o melhor, de compreensão participam mais pais com um poder de compreensão menor, mais precário, eles não participam tanto não dão conta, não sabem o que fazer conversar com os terapeutas pra você saber o processo evolutivo entender a real situação trazer essa mãe pra responsabilidade orientar marear aqui um quadro de rotina tentar organizar essa rotina</p> <p>unimed, pede-se que os pais não participem das sessões não vou ficar com uma criança em choro dentro da minha sala porque ela quer os pais eu não tenho a participação dentro da sala dos pais na Unimed muito prejudicial na participação deles fora acabam não tendo muita vivência passo meu telefone me acessem para que eu explique da melhor forma possível têm vergonha e acabam não acessando estarem dentro da sala eles terem acesso gravo as sessões mando para eles o link do acesso vivência da sessão integral a sessão é inteira gravada contato com o que eu estou fazendo pais divorciados: Então, o pai ainda não tinha ido na minha sessão ali ele vivenciando, ele entendendo o que a gente estava fazendo, ele sabe o que ele tem que fazer quando ele chegar em casa muitos pais que consideram que levar o filho na terapia já é o suficiente tipo de participação que eles dão conta, levar a criança na terapia</p> <p>Depende... A gente sempre busca que a família participe do</p> | <p>não vou ficar com uma criança em choro dentro da minha sala porque ela quer os pais pergunta a família se tá tudo bem ela não entrar por um tempo Mas tem casos que no início isso não é possível. separo um pouquinho essa família gradativamente essa criança não vai, sabe? Não evolui. E aí, quando ela chega num ponto legal e tudo, a gente até volta com essa família</p> <p>Mas a participação dos pais no atendimento, geralmente acontece assim, combino uma vez por mês, eu oriento a família fazer com a criança naquela sessão. Então ela conduz a sessão e aí eu vou ajudando no que eu preciso, pra que ela consiga fazer em casa</p> <p>(2) aqueles que participam e aqueles que não maioria participa estarem dentro da sala eles terem acesso vivência da sessão integral ali ele vivenciando, ele entendendo o que a gente estava fazendo, ele sabe o que ele tem que fazer quando ele chegar em casa Depende... A gente sempre busca que a família participe do processo terapêutico trazer a família para o processo terapêutico convidar para participar da sessão (a participação) depende da abertura que a família nos possibilita tanto na devolutiva quanto numa nova reavaliação e ali sim eles participam No geral... ah participam. Sempre participam devolutiva do que foi feito nessas escolhas de objetivos, em dividir o que é que observou Muitas famílias também participam ao longo, criando estratégias juntos não é a maioria, sabe? Que não participa, que não engaja, nada proibido não hora que eles quiserem eles entra, sempre convido na verdade, alguns optam por não entrar a gente às vezes aplica avaliações que os objetivos do tratamento vão vim dos próprios cuidadores objetivos são escolhidos em parceria</p> <p>(3) para casa", agora você vai treinar cartilhas</p> | <p>(2) Participação ativa</p> <p>(3)</p> | <p>Participação por conveniência (2) Participação ativa (5) Comunicação com clareza</p> <p>(3) (4) (6) (7) NÃO</p> <p>(3) Orientação familiar (4) Ausência de envolvimento da família (6) Condições socioeconômicas (7) Barreiras atitudinais</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>processo terapêutico trazer a família para o processo terapêutico a gente às vezes aplica avaliações que os objetivos do tratamento vão vim dos próprios cuidadores convidar para participar da sessão passar algumas atividades para serem feitas em casa (a participação) depende da abertura que a família nos possibilita</p> <p>tanto na devolutiva quanto numa nova reavaliação e ali sim eles participam participação ainda é pouco fala pra fazer alguma coisa em casa Ela já até esqueceu disso ela sentou comigo, trouxe isso que ela queria alguma informação que ela queria ajuda Mostrei tudo pra ela assim e ela não fez as participações são menores do que a gente espera.</p> <p>No geral... ah participam. Sempre participam objetivos são escolhidos em parceria devolutiva do que foi feito nessas escolhas de objetivos, em dividir o que é que observou Muitas famílias também participam ao longo, criando estratégias juntos conversando durante as intervenções algumas acabam ficando um pouquinho mais distantes, seja por demanda de trabalho não se sentir tão confortável!</p> <p>varia muito tem família que é... Tem uma escuta muito boa Você tá ali dando o retorno do atendimento, para te ouve. Tem famílias que querem sair às pressas. Porque tem um trabalho, porque o menino vai para a aula Whatsapp. Tem famílias que assim, você fala as coisas, mas é a mesma coisa de não ter falado comunicação ali era ruim pais são separados ainda mais visível dificuldade maior assim de acessar não é a maioria, sabe? Que não participa, que não engaja. Eu vejo que eles têm interesse principalmente quando são do particular. Tem, além da logística, do cansaço, da rotina de levar para a terapia, tem esse gasto. Então, assim, valorizam mais</p> | <p>pessoal tira foto e me manda pelo WhatsApp passo meu telefone gravo as sessões mando para eles o link do acesso a sessão é inteira gravada fala pra fazer alguma coisa em casa Whatsapp, WhatsApp fica sempre disponível, videozinhos</p> <p>(4) cuidadora que leva contato com os pais e a babá babá que leva em todos os terapeutas muitos pais que consideram que levar o filho na terapia já é o suficiente tipo de participação que eles dão conta, levar a criança na terapia tem famílias que não participam nada terceirizam tudo Ela já até esqueceu disso Mostrei tudo pra ela assim e ela não fez Tem famílias que assim, você fala as coisas, mas é a mesma coisa de não ter falado comunicação ali era ruim</p> <p>(5) a gente tá ali pra tentar ajudar o máximo possível conversar com os terapeutas pra você saber o processo evolutivo me acessem para que eu explique da melhor forma possível contato com o que eu estou fazendo ela sentou comigo, trouxe isso que ela queria alguma informação que ela queria ajuda conversando durante as intervenções tem família que é... Tem uma escuta muito boa Você tá ali dando o retorno do atendimento, para te ouve cinco minutos finais ter uma conversa com a família, explicar o que foi feito e o que precisa ser feito</p> | <p>Orientação familiar</p> <p>(4) Ausência de envolvimento da família</p> <p>(5) Comunicação com clareza</p> | |
|---|---|---|--|

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Alguns participam sim, outros não nada proibido não hora que eles quiserem eles entra, sempre convido na verdade, alguns optam por não entrar pergunta a família se tá tudo bem ela não entrar por um tempo Mas tem casos que no início isso não é possível, separo um pouquinho essa família gradativamente, essa criança não vai, sabe? Não evolui de um, quando ela chega um pouco, legal e toda a gente tá volta com essa família</p> <p>Mas a participação dos pais no atendimento, geralmente acontece assim, combino uma vez por mês, eu oriento a família fazer com a criança naquela sessão. Então ela conduz a sessão e aí eu vou ajudando no que eu preciso, pra que ela consiga fazer em casa cinco minutos finais ter uma conversa com a família, explicar o que foi feito e o que precisa ser feito WhatsApp fica sempre disponível, videozinhos tem famílias que não participam nada tereceirizam tudo ela tinha umas crises que a gente via que a presença da mãe de longe já solucionava tiver o amor e carinho dos pais sensibilização da família , a rotina deles ainda não deixa eles terem muito contato com ela profissão deles é bem... Exige muito deles final de semana eles têm dedicado mais tempo como que a menina vem evoluindo mais</p> | <p>(6) poder aquisitivo é o melhor, de compreensão participam mais pais com um poder de compreensão menor, mais precário, eles não participam tanto não dão conta, não sabem o que fazer Eu vejo que eles têm interesse principalmente quando são do particular. Então, assim, valorizam mais</p> <p>(7) unimed, pede-se que os pais não participem das sessões eu não tenho a participação dentro da sala dos pais na Unimed muito prejudicial na participação deles fora acabam não tendo muita vivência participação ainda é pouco as participações são menores do que a gente espera. Tem, além da logística, do cansaço, da rotina de levar para a terapia, tem esse gasto, pais divorciados. Então, o pai ainda não tinha ido na minha sessão pais são separados ainda mais visível dificuldade maior assim de acessar têm vergonha e acabam não acessando algumas acabam ficando um pouquinho mais distantes, seja por demanda de trabalho não se sentir tão confortável</p> <p>Tem famílias que querem sair às pressas. Porque tem um trabalho, porque o menino vai para a aula , a rotina deles ainda não deixa eles terem muito contato com ela profissão deles é bem... Exige muito deles</p> | <p>(6) Condições socioeconômicas</p> <p>(7) Barreiras atitudinais</p> | |
| <h3>3 - O que é prática centrada na família pra você?</h3> | | | |
| ÍNDICES TEMÁTICOS | UNIDADES DE COMPREENSÃO | UNIDADES DE REGISTRO | CATEGORIA |
| <p>todo o processo terapêutico onde a família participa sistêmico a família tá desde a chegada, desde a avaliação, desde estabelecer as estratégias Realizar as intervenções, enfim, todo o processo</p> | <p>(1) todo o processo terapêutico onde a família participa a família tá desde a chegada, desde a avaliação, desde estabelecer as estratégias Realizar as intervenções, enfim, todo o processo</p> | <p>(1) Todo o processo terapêutico que a família participa</p> | <p>(1) Construção colaborativa do processo terapêutico</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p> cabe a nós de orientar essa orientação faz parte da abordagem ainda é muito vago essa participação familiar às vezes, a gente nem tem contato com o pai diretamente a babá leva pra gente Às vezes, não tem um feedback às vezes, não tem essa comunicação conduta de orientar, de explicar querer a participação deles grupos de famílias ceder ali o meu espaço como terapeuta pra ser simplesmente uma Pessoa Que tá ouvindo as questões da família às vezes o pai ou a mãe ficam meio com medo do julgamento percebo uma lacuna consigo mais um vínculo a gente vai aprofundando mais você conseguir ouvir de verdade de fato o que a família traz ali pra você empoderar a família em relação ao conhecimento e conseguir aplicar as estratégias orientações trabalho muito conjunto mesmo uma parceria trazer esse espaço compreender como a gente pode só ajudar a gente tá ali como um auxílio mesmo das técnicas a decisão é deles é a família tomando as decisões fazer parte da orientação agora põe a família dentro. Implica ela no processo terapêutico opa, ó eu não sei isso aqui hoje, não, mas vamos pesquisar juntos (PCF) me traz uma coisa muito mais dentro do quê que é a realidade, do que as outras práticas fundamental a participação da família é a prática que está mais dentro da realidade que a terapia ocupacional prega a gente tem que pensar em contexto, e quem está no contexto é a família </p> | <p> querer a participação deles consigo mais um vínculo a gente vai aprofundando mais trabalho muito conjunto mesmo uma parceria trazer esse espaço agora põe a família dentro. Implica ela no processo terapêutico fundamental a participação da família Se colocar como colaborador parceiro daquela família parceria mesmo pais e a criança seriam os principais autores desse processo terapêutico família sendo autora desse processo ela sendo autora e a gente sendo a audiência a gente se focar em os autores mesmo desse modo a cooperação repensar formas juntos para ter a prática centrada na família eu acho que tem que ter uma boa relação estabelecida entre terapeuta e família vínculo e um conforto família ser ativa a decisão é deles é a família tomando as decisões trazerem qualquer objetivo ir monitorando tudo organizando o processo às vezes isso até da abordagem faça decisões que ela acha significativa para a família dela e para o filho fazer essas escolhas tipo um coach A gente tá ajudando eles ali nesse processo vai ser a família que vai estar como um guia central nesse processo colocar a família como o cliente ser o centro do processo (2) sistêmico eu acho que a prática centrada na família ela seria uma prática que a gente olha para a criança para além ali das suas funções que podem estar em algum atraso, olha para o contexto da criança, a família O que circunda ali a criança </p> | <p> (2) Expansão da TO para outros contextos </p> | <p> (2) (3) Equívoco sobre o que é PCF (2) Expansão da TO para outros contextos (3) Orientação familiar (4) Desafios para implementar a PCF (5) Comunicação com clareza (6) Facilitar o engajamento familiar <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar as famílias • Compartilhar informações (7) Respeito às famílias </p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>respeito respeito a quem busca ajuda Se colocar como colaborador parceiro daquela família a gente não sabe tudo A família conhece muito mais ela do que eu. Cada família tem os seus próprios conhecimentos. muito respeito ao outro. A individualidade do outro, a escolha do outro parceria mesmo e um respeito ao outro respeito ao conhecimento do outro, as crenças do outro ainda tem muita coisa para mudar é muito enraizado Essa conduta médica essa hierarquia desconstrução</p> <p>eu acho que a prática centrada na família ela seria uma prática que a gente olha para a criança para além ali das suas funções que podem estar em algum atraso para o contexto da criança - a família O que circunda ali a criança expandir o nosso tratamento infantil ver a criança para além do que é o corpo</p> <p>para a criança serem os principais autores desse processo trazerem qualquer objetivo ir monitorando tudo organizando o processo às vezes isso até da abordagem familiar quando entram nesse processo dar estratégias boas para eles a gente sendo só essa partezinha pequena tipo um coach A gente tá ajudando eles ali nesse processo dando essas informações capacitando eles capacitando eles pra eles entenderem o que é, qual o processo, o que está passando ali. a gente deixar que a família, a partir das informações que a gente como profissional vai ter mais acesso faça decisões que ela acha significativa para a família dela e para</p> | <p>expandir o nosso tratamento infantil ver a criança para além do que é o corpo (PCF) me traz uma coisa muito mais dentro do quê que é a realidade, do que as outras práticas é a prática que está mais dentro da realidade que a terapia ocupacional prega a gente tem que pensar em contexto, e quem está no contexto é a família é um avanço divisor de águas no mundo da saúde</p> <p>(3) cabe a nós de orientar essa orientação faz parte da abordagem conduta de orientar, de explicar e conseguir aplicar as estratégias orientações a gente tá ali como um auxílio mesmo das técnicas dar estratégias boas para eles contribuir com a nossa parte técnica explica, esclarece</p> <p>(4) ainda é muito vago essa participação familiar às vezes, não tem um feedback essa comunicação percebo uma lacuna ainda tem muita coisa para mudar é muito enraizado Essa conduta médica essa hierarquia desconstrução</p> <p>(5) ceder ali o meu espaço como terapeuta pra ser simplesmente uma Pessoa Que tá ouvindo as questões da família você conseguir ouvir de verdade de fato o que a família traz ali pra você compreender como a gente pode só ajudar</p> | <p>(3) Orientação familiar</p> <p>(4) Percepção de prática ainda em lacuna</p> <p>(5) Escuta ativa, acolhimento</p> | |
|---|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>o filho fazer essas escolhas contribuir com a nossa parte técnica vai ser a família que vai estar como um guia central nesse processo cooperação vínculo e um conforto repensar formas juntos para ter a prática centrada na família eu acho que tem que ter uma boa relação estabelecida entre terapeuta e família</p> <p>é um avanço divisor de águas no mundo da saúde as pessoas elas já estão sensibilizadas pela situação e então elas querem ser consideradas, elas querem ser ouvidas E aí vem esse profissional, acolhe, ouve, compreende, explica, esclarece família ser ouvida</p> <p>colocar a família como o cliente ser o centro do processo</p> | <p>as pessoas elas já estão sensibilizadas pela situação e então elas querem ser consideradas, elas querem ser ouvidas acolhe, ouve,</p> <p>(6) empoderar a família em relação ao conhecimento A família conhece muito mais ela do que eu. Cada família tem os seus próprios conhecimentos, dando essas informações capacitando eles capacitando eles pra eles entenderem o que é, qual o processo, o que está passando ali, a gente deixar que a família, a partir das informações que a gente como profissional vai ter mais acesso opa, ó eu não sei isso aqui hoje, não, mas vamos pesquisar juntos a gente não sabe tudo a gente sendo só essa partezinha pequena</p> <p>(7) respeito respeito a quem busca ajuda muito respeito ao outro. A individualidade do outro, a escolha do outro e um respeito ao outro respeito ao conhecimento do outro, as crenças do outro</p> | <p>(6) Encorajar as famílias e compartilhar informações</p> <p>(7) Respeito às escolhas, conhecimento e crenças da família</p> | |
|--|--|--|--|

