



# Supervisão

## Promover a qualidade das relações em Intervenção Precoce com o método Video Hometraining/ Video Interaction Guidance (VHT/VIG)

**Maria de Fátima Feliciano**

RECI (Research in Education and Community Intervention), ISEIT, Viseu  
[felicianofati@gmail.com](mailto:felicianofati@gmail.com)

**Paula Coelho Santos**

Universidade de Aveiro  
[psantos@ua.pt](mailto:psantos@ua.pt)

**Carlos Fernandes da Silva**

Universidade de Aveiro  
[csilva@ua.pt](mailto:csilva@ua.pt)

**Sandra Agra**

ANIP (Associação Nacional de Intervenção Precoce)  
[sandragra85@gmail.com](mailto:sandragra85@gmail.com)

**Leonor Carvalho**

ANIP (Associação Nacional de Intervenção Precoce)  
[leonor.carvalho@anip.net](mailto:leonor.carvalho@anip.net)

### Resumo

Este estudo teve como finalidade avaliar os efeitos da utilização do método *Video Hometraining/ Video Interaction Guidance (VHT/VIG)* ao nível da qualidade das relações entre as crianças portuguesas em apoio no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e as suas famílias, e entre estas e os profissionais de Intervenção Precoce (IP), num distrito da região centro de Portugal. O desenho da investigação baseou-se num pressuposto de *intervenção em cascata*, assumindo que uma intervenção direta visando a capacitação dos profissionais do SNIPI, teria efeitos ao nível da capacitação e *empowerment* das famílias por eles apoiadas, e do desenvolvimento das respetivas crianças em risco de atraso de desenvolvimento (estabelecido ou devido a fatores biológicos ou ambientais). Foram usados instrumentos standardizados para avaliar o desempenho profissional (experencial) e a vulnerabilidade ao stresse dos profissionais do SNIPI; a sintomatologia depressiva, os recursos familiares e as necessidades das famílias; e o crescimento e desenvolvimento das crianças. Dois outros distritos portugueses constituíram-se como grupos de controlo. Os dados foram recolhidos em três tempos (T0, T1 e T2), ao longo de dois anos, junto de uma amostra de conveniência (com base nas famílias/crianças e respetivos profissionais de apoio, em cada um dos distritos), envolvendo: no grupo de intervenção, um n inicial de 113 famílias e 43 profissionais, e final de 23 e 18, respetivamente; no grupo de controlo 1, um n inicial de 49 famílias e 38 profissionais, e final de 16 e 11, respetivamente; e no grupo de controlo 2, um n inicial de



166 famílias e 54 profissionais, e final de 34 e 17, respetivamente. Os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas apenas em algumas das dimensões estudadas, sendo que a grande maioria das dimensões, sugere a necessidade de analisar uma variedade de circunstâncias presentes nas comunidades, nos serviços e nas vidas das famílias e crianças. O método VHT/VIG revelou-se um importante meio no processo de capacitação dos profissionais de IP a intervir nos contextos naturais de vida das crianças e famílias, em equipa transdisciplinar e desenvolvendo uma abordagem centrada na família, focada nas relações, baseada nas forças, ecológica e reflexiva.

**Palavras-chave:** Intervenção Precoce; Relações; Video Feedback; VHT/VIG.

## Abstract

This study aimed to research the effect of using the Video Hometraining/Video Interaction Guidance (VHT/VIG) method on the quality of the relationships experienced by a group of Portuguese children and their families; they live in a district at the centre of the country and are being supported by the National System for Early Intervention in Childhood (SNIPI). The research design was based on an assumption of *intervention in cascade*, assuming that a direct intervention aiming to enable SNIPI professionals, would have indirect effects in enabling and empowering the families supported by them, and in emotional well-being and learning opportunities of the families' children, at risk of developmental delay (established or due to biological or environmental factors). Standardized tools were used to assess professional (experiential) performance and vulnerability to stress of the SNIPI professionals; depressive symptomatology, resources and needs of the families; growth and development of the children. Two other Portuguese districts were constituted as comparison groups. Data were collected at three moments (T0, T1 and T2), over a two years period, in a convenience sample (based on families/children and respective EI professionals, in each district), involving: in the intervention group, an initial *n* of 113 families and 43 professionals, ending with 23 and 18, respectively; in the comparison group # 1, an initial *n* of 49 families and 38 professionals, ending with 16 and 11, respectively; and in comparison group # 2, an initial *n* of 166 families and 54 professionals, ending with 34 and 17, respectively. The results show significant differences in some of the studied dimensions; other, suggest the need to examine a variety of circumstances present in communities, in services and in the families' and children's lives. The VHT/VIG has proved to be an important means in the process of enabling SNIPI professionals to intervene in natural contexts where the lives of children and families are taking place, in transdisciplinary team, and developing a relationships focused, based on strengths, family-centered, ecological and reflective approach.

**Keywords:** Early Intervention; Relationships; Video Feedback; VHT/VIG.

## Resumée

Cette étude visait à étudier l'effet de l'emploi de la méthode *Vidéo Home Training/Vidéo Interaction Guidance* (VHT/VIG) sur la qualité des relations d'un groupe d'enfants portugais à l'appui du Système National d'Intervention Précoce dans la Petite Enfance (SNIPI), avec leurs familles, vivant à la région central du pays. Le plan de recherche a été basée sur un postulat d'intervention *en cascade*, à savoir, une intervention directe visant à habilitier des professionnels du SNIPI, aurais un effet indirect sur la capacitation et autonomisation des familles, et sur le bien-être et les opportunités d'apprentissage de leurs enfants à risque de retard de développement (établi, biologique ou environnementale).



Instruments standardisés ont été utilisés pour évaluer la performance (expérientiel) et la vulnérabilité au stress des professionnels du SNIPI; la symptomatologie dépressive, les ressources et les nécessités des familles; la croissance et le développement des enfants. Deux autres districts portugais ont été constitués en groupes de comparaison. Les données ont été collectées à trois points dans le temps (T0, T1 et T2), sur une période de deux ans, avec un échantillon pratique (basé sur les familles/enfants et respectifs professionnels d'appui dans chaque district), comportant: le groupe d'intervention, une *n* de départ de 113 familles et 43 professionnels, terminant avec 23 et 18, respectivement; dans le groupe de comparaison 1, une *n* de départ de 49 familles et 38 professionnels, terminant avec 16 et 11, respectivement; et dans le groupe de comparaison 2, une *n* de départ de 166 familles et 54 professionnels, terminant avec 34 et 17, respectivement. Les résultats montrent des différences significatives dans certaines dimensions étudiées; d'autre part, ils suggèrent la nécessité d'examiner une variété de circonstances présentes dans les communautés, dans les services et dans la vie des familles et des enfants. Le VHT/VIGs'est avéré être un moyen important dans le processus d'habilitation des professionnels du SNIPI, à qui est demandé d'intervenir dans des contextes naturels de la vie des enfants et des familles, en équipe transdisciplinaire, et en développent une approche focalisée dans les relations, basée sur les forces, centrée dans la famille, écologique et réfléchissante.

**Mots-clés:** Intervention Précoce; Relations; Vidéo Feedback; VHT/VIG.

## Introdução

*Intervenção Precoce* (IP) significa oferecer às crianças de zero a seis anos de idade que apresentam ou estão em risco de atraso de desenvolvimento (seja por fatores biológicos ou ambientais), oportunidades otimizadas para crescerem e se desenvolverem, no seio das suas famílias e nos seus ambientes naturais (em primeira instância, o domicílio, mas também a creche, jardim de infância, a casa da avó, da ama, entre outros).

Tal como referido por diversos autores (Cozolino, 2010; National Training Institute for Child Care Health Consultants, 2010; Shore, 1997; Siegel, 1999, 2012), o envolvimento das crianças pequenas e suas famílias em interações saudáveis, significativas, psicologicamente nutrientes, é uma condição fundamental para o desenvolvimento harmonioso das crianças e para o bem-estar emocional dos adultos, tornando-se por isso essencial garantir esta condição. Nesse âmbito, a IP assume um papel de relevo, visto oferecer às famílias o apoio de que necessitam para que, usando as suas próprias forças e os recursos das comunidades, possam transformar as suas circunstâncias de vida, adquirindo capacidades e empowerment, de modo a eficazmente promoverem o bem-estar e desenvolvimento das suas crianças (Bagnato, 2009; Bailey & Simeonsson, 1988; Bairrão & Almeida, 2002; Dunst, 2000; Dunst, Trivette & Deal, 2011; Espe-Sherwindt, 2000; Jones, 2000; Jones, 2004; McWilliam, 2010; Spinusa, 2004; WHO, 2012).

Relativamente ao desenvolvimento da criança, em Portugal, o Decreto Lei 281/2009, que sucedeu o Despacho Conjunto 891/1999, estabeleceu uma estrutura de apoio às famílias e crianças em risco, baseada na articulação entre os Ministérios da Saúde, Educação e Segurança Social, e na celebração de acordos de cooperação com instituições privadas de solidariedade social (IPSS), designando-a de "Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância" (SNIPI). Tratando-se de uma estrutura de âmbito nacional, a organizar em três níveis - nacional, regional e local,



estando neste último, as Equipas Locais de Intervenção (ELI), que realizam o trabalho direto com as comunidades e as famílias -, a sua implementação tem vindo a ser concretizada de modo mais seguro em áreas geográficas onde projetos pioneiros funcionavam já desde os anos oitenta do século XX. No seu contexto se espera que os profissionais (educadores, psicólogos, técnicos de serviço social, médicos, enfermeiros e terapeutas), trabalhando em equipas transdisciplinares, desenvolvam uma abordagem centrada na família, focada nas relações, baseada nas forças, ecológica e reflexiva.

Será importante clarificar o que se entende por este tipo de abordagem. Segundo Wollenburg et al. (1999, citado por Portugal e Santos, 2003a, 2003b; Santos, 2007), centrada na família significa que a IP é guiada pela família, cabendo-lhe o poder de tomada de decisão em todos os momentos do processo de intervenção, que dependerá da sua perceção e definição sobre o que considera importante e prioritário para si mesma e para a sua criança, segundo modos de ação bem conjugados com as suas rotinas e rituais próprios, e objetivando o desenvolvimento da sua criança; ecológica remete para a necessidade de considerar o contexto alargado em que a criança vive, em especial, a família e a comunidade, incluindo a respetiva história, valores, rituais, cultura; significa que o profissional de IP sabe que os diferentes níveis e eventos ecológicos interagem e influenciam-se mutuamente, não podendo ser pensados isoladamente, por isso trabalha para compreender e explicar os fatores/variáveis (intrínsecos ou extrínsecos) que estão a afetar o desenvolvimento e o bem-estar da criança, e partilha com a família os dados resultantes dessa compreensão; focada nas relações diz respeito a considerar as relações entre os pais e a criança como o coração da IP; pais e crianças podem experienciar dificuldades no desenvolvimento de relações calorosas, positivas, contingentes,... em suma, psicologicamente nutrientes; o desafio, nestas circunstâncias, é o de identificar e nutrir padrões interativos adequados e gratificantes, facilitando a sua maior ocorrência; neste processo, se o facilitar da construção de uma relação positiva entre os pais e a criança confere forma e sentido à intervenção, o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o profissional de IP e a família, torna-se primordial; baseada nas forças situa a reflexão em quão pode a abordagem realizada, ser intrusiva ou ajuizadora dos padrões de interação familiar; neste caso, o papel do profissional será, com a família, descobrir forças e capacidades, providenciar informação necessária e relevante às necessidades atuais da criança e da família, e apoiar incondicionalmente os seus esforços para otimizar as suas competências parentais e os avanços desenvolvimentais da criança; finalmente, falarmos de abordagem reflexiva significa, em primeiro plano, que no exercício reflexivo do profissional de IP, está o seu próprio desempenho durante a intervenção, os seus sentimentos e cognições antes, durante e após a ação direta junto da família; significa também que o profissional reconhece o sistema complexo de variáveis que intervêm em IP e, que através de observação atenta e escuta empática, colhe e organiza informações relevantes sobre a criança, as interações no seio da família e da família com a comunidade, partilhando-as com a família e ajudando-a a incorporá-las no plano de intervenção.

Os precursores desta organização em Portugal, com início há mais de 25 anos (referimo-nos, a título de exemplo, ao Projeto Integrado de Intervenção Precoce (IP) de Coimbra, ao Projeto Pluriconcelhio de IP de Aveiro, ao Projeto de IP do Alentejo, ou ao Projeto de IP de Matosinhos) têm vindo a estar ligados a estruturas/projetos de IP nacionais e internacionais, acedendo a numerosas e relevantes ações de formação e a investigação. Ao longo desses anos, na nossa experiência avaliamos que uma área permaneceu menos explorada, designadamente, a concretização de uma abordagem



focada nas relações entre a criança em risco de atraso de desenvolvimento e os seus principais prestadores de cuidados. Quando tomámos conhecimento do método Video Hometraining/Video interaction Guidance (VHT/VIG), as interseções entre ambas as abordagens (em IP e pelo método VHT/VIG) evidenciaram -se de um modo tal, que o desenho de uma investigação articulando e potenciando ambas, foi um passo inevitável.

No trabalho que aqui apresentamos, analisamos o impacto da utilização do método Video Hometraining/Video Interaction Guidance (VHT/VIG) no desempenho e na vulnerabilidade ao stress dos profissionais do SNIPI, na sintomatologia depressiva, recursos e necessidades das famílias, e no crescimento e desenvolvimento das crianças em apoio pelo SNIPI.

## O problema

As famílias apoiadas em IP lidam frequentemente com sentimentos negativos, poderosos porque abalam a própria orientação humana, biologicamente enraizada, de dar continuidade à espécie através da criação de filhos saudáveis e perfeitos (Karr-Morse & Wiley, 2013; Rebelo, 2013), e da expectativa de dar e receber afeto (Dunst, Leet & Trivette, 1988; National Training Institute for Child Care Health Consultants, 2010; Rebelo, 2007, 2013). Quando esta expectativa é gorada por um diagnóstico de deficiência ou pela existência de condições de vida tão adversas que a põem em causa, advêm sentimentos de frustração, raiva, revolta, desânimo, depressão, impotência face aos desafios da vida (Gronita, 2008; Hardman et al., 1999; Santos, 2010; Serrano, 2007). Para poderem ser resolvidos e ultrapassados, é preciso apoio do exterior. A IP assume-se como uma das principais vertentes das dinâmicas de apoio de que a família necessita para (re)assumir o seu papel. A gradual identificação das competências presentes nas famílias – em todas as famílias – e a respetiva generalização nas situações desafiadoras com que as famílias se deparam (e os profissionais, num processo paralelo), potencialmente aumenta e reforça a sua resiliência para lidar com as exigências e desafios diários.

A importância de os bebés e crianças pequenas receberem cuidados sensíveis, contingentes com as suas necessidades, como fundação para um desenvolvimento otimizado, está largamente documentada na literatura (Trivette, Dunst & Hamby, 2010; Guralnick, 2006; Kalmanson & Seligman, 1992; Siegel, 2012; Shore, 1997).

Sabemos também que pais deprimidos, preocupados com sentimentos do seu passado, têm mais dificuldade em interpretar o comportamento dos seus bebés (Underdown, 2013) e, conseqüentemente, são menos contingentes com as respetivas necessidades e interagem menos com eles (Karr-Morse & Wiley, 2013; Music, 2011, citado por Celebi, 2012), afetando o seu desenvolvimento cognitivo, emocional e mesmo neurobiológico durante o primeiro ano de vida (Gerhardt, 2004, citado por Celebi, 2012).

## Questões de investigação

Questão nº 1: Os profissionais do SNIPI, a receberem formação e supervisão no método VHT/VIG, (grupo de intervenção), apresentam melhorias mais acentuadas no desempenho em IP e redução na vulnerabilidade ao stress do que os profissionais do SNIPI que não recebem este tipo de



formação e supervisão?

Questão nº 2: As famílias apoiadas por profissionais do SNIPI, a receberem formação e supervisão no método VHT/VIG, (grupo de intervenção), apresentam uma redução na sintomatologia depressiva e nas necessidades identificadas, e uma melhoria nos recursos familiares, mais acentuadas do que as famílias apoiadas pelo SNIPI nos grupos de controlo (sem a presença do método VHT/VIG)?

O estudo versou uma 3ª questão relativa ao desenvolvimento da criança, no entanto esta não será aqui abordada, face aos objetivos a que nos propusemos no presente artigo e à necessidade de explorar os seus resultados com destaque mais apropriado (visto serem as crianças o grande foco de interesse dos efeitos e benefícios deste tipo de intervenções)

## Objetivos da investigação

Este estudo propôs-se identificar diferenças entre:

- (i) Os profissionais das ELI do SNIPI a serem formados e supervisionados no método VHT/VIG, e os profissionais das ELI do SNIPI sem contacto com o método VHT/VIG, ao nível das variáveis vulnerabilidade ao stress e desempenho profissional (traduzido nas dimensões experienciais da estimulação, sensibilidade ao vivido das famílias e promoção da sua autonomia);
- (ii) As famílias apoiadas pelos profissionais das ELI do SNIPI a serem formados e supervisionados com recurso ao método VHT/VIG, e as famílias apoiadas no âmbito do SNIPI pelos profissionais sem contacto com o método VHT/VIG, ao nível das variáveis sintomatologia depressiva, e perceções das famílias sobre os seus recursos e necessidades.

## Contextualização Teórica

O desenvolvimento da criança dos zero aos seis anos de idade ocorre no contexto das relações em que ela está envolvida com as pessoas significativas da sua vida, a família ou substitutos em primeira linha. Vasta literatura atesta a relevância de cuidados sensíveis, contingentes com as necessidades de desenvolvimento de bebés e crianças pequenas (Kalmanson & Seligman, 1992; Shore, 1997; Guralnick, 2006; Trivette, Dunst & Hamby, 2010; Siegel, 2012).

Quando o desenvolvimento da criança está em risco, também os educadores ou outros prestadores de cuidados que passem com a criança um tempo considerável, designadamente, um mínimo de quinze horas por semana, têm um impacto importante na sua experiência e desenvolvimento, devendo por isso ser destinatários de programas visando a respetiva capacitação para uma intervenção contingente com as necessidades específicas de cada criança (Aguiar & McWilliam, 2013; Boavida, Aguiar, McWilliam, & Pimentel, 2010; McWilliam, 2009, 2010).

A intervenção nos ambientes naturais de vida da criança - o domicílio, a creche ou jardim de infância, a casa da avó, ou outro contexto significativo na vida da criança, habitados por pessoas com quem ela experiencia relações positivas e significativas, otimiza e amplia as oportunidades de aprendizagem da criança, que aprendem de modo contínuo, não episódico; toda a intervenção com a criança ocorre entre as visitas domiciliárias, através do envolvimento em relações significativas com os seus principais prestadores de cuidados, cuja capacitação e empowerment serão o objeto da intervenção dos profissionais durante as visitas (McWilliam, 2010; Trivette, Dunst, & Hamby, 2010).



Autores como Jones (2000), Rappaport (1981, citado por Dunst & Trivette, 2009) e Santos (2009) assumem que todas as famílias têm forças e a capacidade para se tornarem mais competentes; assim, identificar e construir sobre as forças das famílias surge como um meio para apoiar o seu funcionamento; esta abordagem esta aparece como potencialmente mais produtiva, quando comparada com tentativas de prevenir ou corrigir fraquezas (Garbarino, 1982, citado por Dunst & Trivette, 2009; Espe-Sherwindt, 2008).

Segundo Dunst e Dempsey (2007), a natureza da relação entre pais e profissionais e a avaliação pelas famílias dos seus sentimentos de empowerment estão estreitamente ligados. É largamente reconhecido que a natureza das relações entre pais e profissionais pode impedir ou promover resultados positivos para os pais e as suas crianças, dependendo de como essas relações se desenvolvam (Fine & Nissenbaus, 2000, citados por Dunst & Dempsey, 2007, p. 306; Dunst & Trivette, 2009; McWilliam, 2012).

Sabemos que uma abordagem como a que se preconiza em IPI, já aqui explicitada, apresenta resultados muito positivos no sentimento de empowerment que estas famílias desenvolvem para lidar com comportamentos exigentes e desafiadores muitas vezes presentes nas crianças com necessidades especiais e, portanto, nas vidas das suas famílias. Assim, a intervenção centrada na família tem um forte impacto no seu bem-estar e funcionamento (Dunlap & Fox, 2007; Fox, 2012). Em Portugal, o SNIPI, é responsável por ativar mecanismos para proteger e promover os processos de bem-estar e desenvolvimento da criança; como em muitos países da Europa e nos Estados Unidos da América, o sistema de IP organiza-se em equipas transdisciplinares, constituídas por profissionais de Saúde, Educação e Serviço Social. Essas equipas, baseadas na comunidade, devem desenvolver uma intervenção baseada na comunidade, prestada no contexto natural onde decorre a vida da criança (domicílio, creche/JI,...) e centrada na família, na medida em que promoverá a respetiva capacitação e empowerment, visando, em ultima instância, o bem-estar e desenvolvimento otimizado da criança.

É sobre e com os profissionais que compõem estas equipas que se têm vindo a desenvolver focos de intervenção, de que é exemplo o trabalho de Madsen (2014) efetuado no Reino Unido, em que se exploram formas de utilizar mapas na Ajuda Colaborativa<sup>1</sup>, n, no sentido do suporte agilizado para o desenvolvimento profissional. Na exploração feita pelo autor, pretende-se a criação de estruturas institucionais e culturas organizacionais que permitam aos profissionais ser mais respeitadores e responsivos na interação com as famílias (Madsen, 2014). O autor conclui que a ajuda colaborativa providencia uma caminho concreto de suporte efetuado junto dos profissionais na 'linha da frente'<sup>2</sup>, na medida em que esta prática parte da assunção da importância dos recursos existentes, e trabalha em colaboração com as famílias e outros agentes envolvidos no processo de ajuda; indo ao encontro da forma de pensar e atuar dentro dos valores e princípios da prática centrada na família. Assim, esta abordagem começa com o foco nas possibilidades, em vez de se focalizar nos problemas, permitindo ativar o envolvimento e consequente construção de momentos que habilitam a uma ajuda mais efetiva e eficiente (Madsen, 2014).

Por sua vez, Fordham, Gibson e Bowes (2011), na Austrália, efetuaram um estudo com 130 famílias, no qual procuraram perceber a experiência das famílias na IP centrada na família e explorar outros fatores que pudessem ter impacto nessas experiências. Os autores encontraram elevadas correla-

<sup>1</sup> No original, "Collaborative Helping".

<sup>2</sup> No original, "frontline".



ções entre o suporte dos profissionais e as experiências positivas de cuidar; paralelamente, verificaram que o fator mais importante percebido pela família foi a transmissão de informação geral em associação com a informação especializada sobre o seu filho.

Em Portugal, Sousa e Rodrigues (2012), num estudo junto de profissionais que trabalham com famílias vulneráveis, de forma a responder à questão de investigação “porque é que o intenso trabalho dos profissionais não é recompensado com melhores resultados na investigação?”<sup>3</sup>, partem da assunção do modelo dos quatro fatores interrelacionados proposto por Asay e Lambert (1999, citado por Sousa & Rodrigues, 2012), que estima a percentagem de contributo de cada fator para a mudança terapêutica, nomeadamente: fator “cliente” (40%); fator “relação” (30%); fator “esperança e expectativas positivas” (15%); e fator “técnica/modelo” (15%). Para responder à questão de partida e considerando o peso da relação entre o profissional e a família no processo de mudança, as autoras organizaram uma investigação focada em dois tópicos: como promover o empowerment dos profissionais, de forma a fortalecer a sua capacidade de promover o empowerment das famílias; e como pode a planificação ser reajustada incluindo este foco de empowerment dos profissionais. A partir daqui, propõem uma abordagem mais colaborativa, assim como linhas orientadoras, desafiando o profissional para um maior envolvimento e uma abordagem mais relacional, permitindo a sua resiliência, a construção de uma relação de confiança com a família, e a promoção e reforço de cada pequena conquista da família (Sousa & Rodrigues, 2012). Abordagens neste âmbito exigem competências específicas dos profissionais das equipas do SNIP, cabendo aos serviços envolvidos, prover oportunidades de desenvolvimento profissional contingentes com essa necessidade. O processo de promoção de aprendizagem de adultos proposto por Dunst, Trivette e Hamby (2010) é, na nossa perspetiva, uma via de excelência para esse desenvolvimento e operacionaliza-se em quatro métodos: (i) a aprendizagem acelerada, que inclui procedimentos para a criação de um ambiente positivo de aprendizagem, o uso de vídeos instrucionais, dramatizações e o envolvimento ativo do aluno no processo de aprendizagem; (ii) o “coaching”, que corresponde a transferência de habilidades e competências dos profissionais mais experientes e conhecedores para os menos experientes, inclui definição de metas e planeamento conjunto, partilha de informações e modelação, bem como análise conjunta, reflexão e feedback técnico sobre as experiências do aluno; (iii) o projeto orientado<sup>4</sup>, caracterizado pelo envolvimento do aprendiz em processos de tomada de decisão e de resolução de problemas do mundo real, em dinâmicas de pequeno grupo ou de equipa, com a orientação de um facilitador que provê feedback sobre os processos em curso; (iv) a formação “just-in-time” ou em contexto, inclui a utilização de diferentes métodos e estratégias no contexto das preocupações, necessidades e desafios da vida real, emergentes do próprio contexto de atuação do aprendiz, que os identifica e pede orientação, recebendo assim formação e supervisão individualizada.

As características destes métodos são comuns, em grande parte, às que encontramos no método Vídeo Hometraining/Video Interaction Guidance (VHT/VIG). Este, compreende (a) a captura de fragmentos de vídeo nos contextos naturais em que as crianças, famílias e profissionais vivem e intervêm; (b) a seleção de excertos de vídeo mostrando competências relacionais das crianças, famílias e profissionais e o respetivo processo de montagem; (c) a análise destes materiais num ambiente emocionalmente seguro, designadamente, a reunião de supervisão VHT/VIG, sob a

<sup>3</sup> Do original “Why is it that professionals’ hard work is not compensated by better intervention achievements?” (Sousa & Rodrigues, 2012, p.411)

<sup>4</sup> No original, “guided design”.





supervisão do VIGeR (um especialista no método, devidamente credenciado<sup>5</sup>); (d) a formulação do video feedback; (e) a revisão do vídeo composto, acompanhada do respetivo feedback, transmitido pelos elementos supervisionados em VHT/VIG a todos os envolvidos nos excertos analisados; (f) captação em vídeo da situação de devolução do video feedback, para posterior análise em reunião VHT/VIG, com ênfase no impacto dessa comunicação sobre as famílias, e nas forças evidenciadas pelos profissionais (Celebi, 2012; Kennedy & Sked, 2008; Kennedy, 2009).

O registo de interações em vídeo é recomendado como um recurso precioso em programas de Intervenção Precoce, permitindo revisitar momentos, atitudes, olhares, expressões e palavras no seu contexto original que, assim congelados e oferecidos ao olhar e análise dos protagonistas, permitem distanciamento, podem sustentar reflexão e, eventualmente, reformulação. Segundo a nossa experiência e registos de alguns profissionais (eg., Feliciano, 2002; Fukkink, 2008), o uso do vídeo é encarado com entusiasmo, interesse e envolvimento pelas famílias (seja no momento do registo ou no da respetiva análise) e por profissionais com elevado compromisso face à otimização do seu desempenho.

O principal argumento que sustenta o uso de video feedback em IP é o facto de haver um considerável número de investigações que, usando este recurso e envolvendo crianças pequenas em risco de atraso de desenvolvimento, mostraram efeitos positivos estatisticamente significativos no comportamento e atitudes dos pais e no desenvolvimento das crianças. Num total de 29 estudos numa meta-análise efetuada por Ruben Fukkink (n=1844 famílias), os pais tornaram-se mais competentes na interação com as suas crianças, adquiriram uma perceção mais positiva, e experienciaram menos stress, mais auto confiança e prazer no seu desempenho parental (2008). Intervenções bem-sucedidas dirigidas a crianças, famílias e profissionais em contexto diádico, com o objetivo de promover a microanálise da comunicação e a consciencialização das competências relacionais, o desenvolvimento da comunicação básica e o reforço positivo usando o video feedback, são descritas por autores como Feliciano (2007), Kennedy (2009), Mesman et al. (2007, citados por Zeanah, Berlin, & Boris, 2011), Zeijl et al. (2006, citados por Zeanah, Berlin & Boris, 2011).

Feliciano (2007), num estudo em Portugal, aplicando o método VIG (na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) e o VHT (no domicílio aquando da alta hospitalar) envolvendo 60 famílias e seus filhos prematuros, encontrou melhorias na sintomatologia depressiva, nas atitudes/sentimentos e na autoestima materna em relação a outras mães sem este tipo de intervenção; assim como desenvolvimento progressivo na contingência e sintonia entre iniciativas e respostas dos pais e seus filhos.

Também uma avaliação feita no Reino Unido a uma abordagem em que se utilizou o método VHT/VIG e se avaliaram os resultados presentes nas interações em cinco famílias, recorrendo-se à triangulação entre os dados quantitativos obtidos nas gravações inicial e final, e os dados qualitativos, obtidos através de entrevistas às famílias, mostrou que todos os pais e mães se tinham tornado mais flexíveis e competentes, mais sintonizados e contingentes com as iniciativas das suas crianças (Kennedy & Sked, 2008).

Retomando os estudos conduzidos por Fukkink (2007, 2008), encontramos numerosos argumentos para a utilização do video feedback junto de crianças pequenas em risco de atraso de desenvolvimento

<sup>5</sup> A certificação para o desempenho deste papel é da responsabilidade exclusiva da "Association for Interaction Guidance in Home Treatment" (AIT), sediada em Amesterdão, Holanda.



e suas famílias. Efetivamente, nos programas que desenvolveu, identificou-se um resultado de duplo efeito no uso do video feedback: os pais melhoravam as suas competências e comportamento parental, nomeadamente, ao nível da estimulação e sensibilidade, que por sua vez tinham um efeito positivo sobre o desenvolvimento da criança (Fukkink, 2007, 2008).

Salvaguarda-se que, nestes programas de intervenção, o video feedback não era o único componente, havendo outras dimensões, como o suporte social às famílias, que podem considerar-se relevantes para os resultados encontrados. Outro resultado importante destes estudos, é o que confirma a hipótese "menos é mais", formulada por Bakermans-Kranenburg et al. (2003, citados por Fukkink, 2008), e que significa que, quando considerado o domínio do comportamento parental, programas mais curtos são mais eficazes.

## Metodologia

O projeto de investigação Promoção de Competências Relacionais em Intervenção Precoce pelo Método Video Hometraining/Video Interaction Guidance (VHT/VIG) foi desenvolvido na Universidade de Aveiro, em parceria com a Associação Nacional de Intervenção Precoce, o Hospital infante D. Pedro (Aveiro), a Câmara Municipal de Oliveira do Bairro, a Association for Interaction Guidance and Home Treatment) (AIT, The Netherlands) e a Universidade de Amesterdão, e contextualizado no SNIPI.

Sendo um estudo de campo, experimental, envolveu profissionais, famílias e crianças apoiadas pelo SNIPI em três distritos do país. Os profissionais do SNIPI, com as crianças e famílias por eles apoiadas num distrito da região centro, constituíram o grupo de intervenção (GInt.), enquanto as populações homólogas de outros dois distritos, constituíram os grupos de controlo<sup>6</sup> 1 e 2 (Gc1 e Gc2). A intervenção consistiu em proporcionar aos profissionais do SNIPI do grupo de intervenção, formação e supervisão (com periodicidade mensal, durante dois anos) no enquadramento do método VHT/VIG, compreendendo o registo em vídeo de momentos de interação nas díades dos vários níveis de IP, designadamente, criança-família, família-profissional (de IP) e profissional-profissional; estes registos eram feitos no contexto natural onde decorriam as vidas das crianças, das famílias e dos profissionais (domicílio, creche ou jardim de infância, reunião da ELI/SNIPI); posteriormente, as interações assim registadas eram objeto de microanálise, sob supervisão de uma VIGER<sup>7</sup>, sendo elaborado o respetivo video feedback que, promovendo o desenvolvimento da comunicação básica, facilita a identificação, reconhecimento e consciencialização das próprias competências comunicacionais/relacionais (Feliciano, 2007; Kennedy, 2009; Mesman et al., 2007, citados por Zeanah, Berlin, & Boris, 2011; Zeijl et al., 2006, citados por Zeanah, Berlin, & Boris, 2011).

Os grupos de controlo não tiveram acesso a este tipo de suporte, existindo ainda uma diferença entre os três grupos que consideramos relevante: GInt. e Gc1 usufruíram de supervisão regular em IP, enquanto que o trabalho realizado por Gc2 não foi objeto de qualquer supervisão.

<sup>6</sup> Não considerados de controlo por não terem sido constituídos de forma aleatória ou randomizada, sendo grupos de conveniência com base na sua existência natural (tal como estão organizados na IP em cada distrito).

<sup>7</sup> Especialista habilitada e certificada na utilização do método.



O projeto desenvolveu-se ao longo de três anos, compreendendo três momentos de recolha de dados - T0 (estabelecendo a linha de base), T1 e T2 (correspondendo aos resultados finais) - com intervalos de um ano. As variáveis e dimensões identificadas como medidas nas famílias foram avaliadas através do uso da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2003), do Teste de Recursos Familiares (TRF) (versão portuguesa de Canavarro, Serra, Firmino, & Carlos, 1993) e do Inventário de Necessidades da Família (INF) (Bailey & Simeonsson, 1990). O CES-D tem um ponto de corte com o valor 20, indicando que valores iguais ou superiores a este apontam para depressão e abaixo para a sua ausência. O TRF é composto por dois fatores, 'orgulho' e 'entendimento' ou 'acordo' no seio da família; uma pontuação mais elevada no questionário corresponde a melhores recursos/forças familiares. O INF é composto por trinta e dois itens, agrupados em seis subescalas: necessidades de informação, de apoio social e da família, financeiras, de explicar a outros (questões relacionadas com a condição da sua criança), de prover cuidados às crianças, e de serviços da comunidade; a ocorrência de valores mais baixos significa que são percecionadas menos necessidades. As variáveis e dimensões identificadas como medidas nos profissionais do SNIPI foram avaliadas através do uso da Escala de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stresse (23 QVS) (Serra, 2008) e do Perfil de Desempenho (Experiencial) em Intervenção Precoce (PD-IP) (Santos, 2007). O 23 QVS está construído de forma a que os valores mais elevados apontam para maior vulnerabilidade, tendo como ponto de corte o valor 43, indicando que valores iguais ou superiores a este apontam para vulnerabilidade. O PD-IP está organizado de forma a que valores mais elevados apontam para melhores desempenhos.

Os dados gerados foram tratados e analisados com recurso ao programa de tratamento estatístico de dados, SPSS (statistical package for social sciences), versão 20.

## Resultados

Para comparar os resultados e tomar decisões quanto à significância dos valores encontrados, do ponto de vista estatístico, recorreu-se ao teste não paramétrico de Friedman e ao teste de Wilcoxon para situar diferenças estatisticamente significativas.

Ao longo dos três anos do estudo, o número de sujeitos reduziu-se gradualmente, à medida que as crianças às quais estavam ligados, deixavam de ter apoio em IP (por transitarem para outro nível ou sistema de educação, ou por cessar a respetiva necessidade de apoio). Assim, tal como se pode verificar na tabela 1, o grupo de intervenção apresenta um n inicial de 113 famílias e 43 profissionais e final de 23 e 18, respetivamente; o grupo de controlo 1 surge com um n inicial de 49 famílias e 38 profissionais e final de 16 e 11 respetivamente; e o grupo de controlo 2 tem um n inicial de 166 famílias e 54 profissionais e final de 34 e 17, respetivamente.



Tabela 1  
Número de sujeitos da amostra envolvidos nos diferentes momentos do estudo

	FAMÍLIAS			PROFISSIONAIS			CRIANÇAS		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
GInt.	113	51	26	43	19	18	74	10	9
Gc1	49	28	16	38	23	11	21	9	0
Gc2	166	101	34	54	44	17	52	10	1

Obs.: a tabela espelha o número de sujeitos relativamente aos quais houve devolução de questionários de recolha de dados, em T0, T1 e T2, tanto das famílias e crianças, como dos profissionais.

### **Profissionais – Desempenho (experiential) em IP e vulnerabilidade ao stresse**

Neste primeiro ponto procura-se responder à questão nº 1 - os profissionais do SNIPI, a receberem formação e supervisão no método VHT/VIG (GInt.), apresentam melhorias mais significativas no desempenho em IP e redução na vulnerabilidade ao stresse, do que os profissionais do SNIPI que não recebem este tipo de formação e supervisão (Gc1 e Gc2)?

Os valores obtidos nos dois instrumentos aplicados, nos três distritos envolvidos, ao longo dos três anos (os valores apresentados são da mediana dos dados em cada instrumento), evidenciam que os valores das medianas no desempenho sobem ao longo do tempo nos três grupos, enquanto os da vulnerabilidade ao stresse tendem a descer, tal como se pode ver na tabela 2. Atente-se ainda que os valores apresentados indicam uma tendência para uma maioria com desempenhos desejáveis e sem vulnerabilidade ao stresse, nos três grupos; logo, equipas maioritariamente não problemáticas nas variáveis estudadas.



Tabela 2

Desempenho profissional em IP e vulnerabilidade ao stresse dos profissionais do SNIPI

	DESEMPENHO EM IP			VULNERABILIDADE AO STRESSE		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
GInt.	12	12	13	31	28	30
Gc1		15	15	35,5	35,5	34
Gc2	14	15	15	33	34	32

Relativamente aos profissionais do SNIPI, podem ver-se os resultados obtidos na análise inferencial, feita a partir do teste de Friedman, de forma a comparar os valores obtidos nos três grupos, nos três tempos.

Tomando os dados do GInt., atrás referidos, relativamente à variável "desempenho profissional (experiencial) em IP", verificamos serem iguais os valores de T0 e T1; em T2, há um ligeiro aumento, não sendo, contudo, essa diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2= 0,650$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,723$ ). No mesmo grupo, e na variável vulnerabilidade ao stresse, ao compararmos os valores da mediana nos três tempos do estudo, verificou-se uma ligeira diminuição dos valores gerados em T1, quando comparados com os de T0, e um aumento quando se consideram os de T2, não se tratando, contudo, de diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 1,297$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,523$ ).

Analisando os dados de Gc1, e no que refere ao desempenho profissional (experiencial) em IP (DP-IP), ao compararem-se os valores da mediana nos três tempos do estudo, verifica-se um aumento de T0 para T1, e a manutenção entre T1 e T2, sendo estatisticamente significativas as diferenças que se encontram comparando T0 e T1, bem como T0 e T2 ( $\chi^2 = 8$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,018$ ;  $Z= -2,060$ ;  $p=0,039$ ). Considerando a vulnerabilidade ao stresse, comparados os valores da mediana nos três momentos, verifica-se a manutenção do valor de T0 para T1 e uma diminuição em T2, não sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2= 2,889$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,236$ ).

Considerando Gc2, na mesma variável DP-IP, ao compararem-se os valores da mediana nos três tempos do estudo, verifica-se um aumento entre T0 e T1, e a manutenção do valor de T1 em T2; não existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 2,889$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,236$ ). Quanto à variável vulnerabilidade ao stresse, os valores da mediana neste grupo, nos três tempos de estudo, ilustram um aumento quando se comparam T0 e T1, e uma diminuição quando se comparam T1 e T2; nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa ( $\chi^2= 0,925$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,630$ ).



Tabela 3

Comparação dos valores de autoavaliação do desempenho em I.P. e da vulnerabilidade ao stress

	GInt.		Gc1		Gc2	
	Friedman Test ( $\chi^2$ )	p	Friedman Test ( $\chi^2$ )	p	Friedman Test ( $\chi^2$ )	p
DESEMPENHO EM IP	0,650	0,723	8	0,018*	3,231	0,199
23QVS	1,297	0,523	2,889	0,236	0,925	0,630

\*Correlation is significant at the 0.05 level (two-tailed).

Com base nos resultados apresentados e em resposta à questão nº1, tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas apenas no grupo com supervisão regular, no sentido de melhoria ao nível do desempenho em IP, diremos que não encontramos melhorias estatisticamente significativas no desempenho, nem redução estatisticamente significativa na vulnerabilidade ao stress, dos profissionais que receberam formação e supervisão no método VHT/VIG.

Famílias – sintomatologia depressiva, recursos familiares e necessidades

Passamos agora ao segundo ponto, procurando responder à questão nº 2: as famílias apoiadas por profissionais do SNIPI, a receberem formação e supervisão no método VHT/VIG (GInt.), apresentam uma redução na sintomatologia depressiva e nas necessidades identificadas, e uma melhoria nos recursos familiares, mais significativas do que as famílias apoiadas pelo SNIPI em Gc1 e Gc2 (sem a presença do método VHT/VIG)?

Na tabela 4 apresentamos os valores obtidos através dos instrumentos aplicados, nos três distritos envolvidos, ao longo dos três anos; pode verificar-se que os valores das medianas na sintomatologia depressiva tendem a subir em GInt. e Gc1 e a descer em Gc2; nos recursos familiares, a tendência é para descer em GInt. e para subir nos outros dois grupos; os valores das necessidades das famílias tendem a subir em GInt. e a descer em Gc1 e Gc2. A quase totalidade destes valores, no caso da sintomatologia depressiva, não atinge o valor indicador para depressão, excetuando a avaliação final feita GInt. Relativamente aos recursos familiares, os valores encontrados apontam para uma maioria com bons recursos; nas necessidades das famílias, os valores indicam tendência para uma maioria com menos necessidades percecionadas, nos três grupos. Estamos assim perante famílias maioritariamente não problemáticas nas variáveis estudadas.



Tabela 4

Valores de sintomatologia depressiva, dos recursos e das necessidades familiares

	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA			RECURSOS FAMILIARES			NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
GInt.	17	16	21	41,50	40,50	37,50	52	46	61
Gc1	14	17	19	40	39	41	61	61	55,50
Gc2	13	16,50	14,50	42	41	43	55,50	53,50	50

Relativamente às famílias, a tabela 5 mostra os resultados obtidos na análise inferencial, feita a partir do teste de Friedman, de forma a comparar os valores obtidos nos três grupos, nos três tempos.

Partindo dos dados atrás referidos, relativamente ao conjunto de famílias que constituíram o GInt., comparando os valores da mediana da intensidade de sintomatologia depressiva, nos três tempos do estudo, verificou-se uma ligeira diminuição entre T0 e T1, seguida de um aumento em T2; contudo, essas diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 3,326$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,190$ ). Quanto à variável recursos familiares neste grupo, a comparação entre os valores da mediana indica uma diminuição ao longo dos três momentos de recolha de dados, não sendo contudo essas diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,467$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,792$ ). Finalmente, em relação à variável necessidades da família, comparando-se os valores da mediana, verifica-se uma diminuição entre T0 e T1, e um aumento entre T1 e T2, sendo diferenças estatisticamente significativas entre os termos T0 e T2 ( $Z= -3,270$ ;  $p=0,001$ ), e T1 e T2 ( $Z= -2,014$ ;  $p=0,044$ ).

Tomando os dados encontrados para Gc1, a comparação entre os valores da mediana da intensidade de sintomatologia depressiva, nos três tempos do estudo, revela um aumento entre T0 e T1, seguido de uma diminuição em T2; estas diferenças, contudo, não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,241$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,886$ ). Relativamente aos recursos familiares, verificou-se uma diminuição de T0 para T1, seguida de um aumento em T2; verificou-se não serem estas diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,893$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,640$ ). Por fim, em relação à variável necessidades da família, comparando-se os valores da mediana, verifica-se a manutenção entre T0 e T1, e uma diminuição em T2. Estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2= 0,414$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,813$ ).

Considerando os dados de Gc2, relativamente à intensidade de sintomatologia depressiva, ao



compararem-se os valores da mediana nos três tempos do estudo, verifica-se um aumento entre T0 e T1, e uma diminuição entre T1 e T2, não sendo essas diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,279$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,320$ ). No mesmo grupo, e no que respeita aos recursos familiares, a comparação entre os valores da mediana nos três tempos do estudo, evidencia uma diminuição em entre T0 e T1, e um aumento em T2; estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,836$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,399$ ). Finalmente, os dados sobre necessidades das famílias mostram em Gc2, uma diminuição ao longo dos três tempos de estudo; as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,409$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,815$ ).

Tabela 5

Comparação dos valores de depressão, recursos e necessidades familiares

	GInt.		Gc1		Gc2	
	Friedman Test ( $\chi^2$ )	p	Friedman Test ( $\chi^2$ )	P	Friedman Test ( $\chi^2$ )	p
CES-D	3,326	0,190	0,241	0,886	2,279	0,320
RECURSOS FAMILIARES	0,467	0,792	0,893	0,640	1,836	0,399
INF.	12,518	0,002*	0,414	0,813	0,409	0,815

\*Correlation is significant at the 0.05 level (two-tailed).

## Conclusões

Os dados gerados ao longo do estudo não evidenciam diferenças estatisticamente significativas, havendo resultados estatisticamente significativos apenas em duas variáveis, em dois grupos do estudo, designadamente um aumento dos níveis de desempenho (experiential) dos profissionais do SNIPI no grupo com supervisão regular prevista em IP (Gc1); e um aumento das necessidades percecionadas pelas famílias do grupo de intervenção. Numa primeira análise, tais resultados infirmam as expectativas criadas em torno da utilização do método VHT/VIG em contexto de Intervenção Precoce, ao nível do desempenho percecionado e vulnerabilidade ao stress dos profissionais, e da sintomatologia depressiva, recursos e necessidades das famílias. Além destes resultados, questionamo-nos sobre a influência de variáveis não controladas, que se sabe poderem influenciar as dimensões em estudo, nomeadamente, a supervisão regular de que os profissionais de Gc1 usufruíam, e que, embora não no enquadramento do método VHT/VIG, poderá ter características que promovam igualmente um assinalável desenvolvimento profissional em IP (Fenichel, 1999; Portugal & Santos, 2003a, 2003b; Santos, 2007). Em relação a esta variável, importa ainda salientar o conhecimento que os profissionais do GInt. têm do instrumento de avaliação utilizado, em resultado de uma regular utilização desde há cerca de dez anos (tendo, inclusive, participado na respetiva construção, no âmbito de um projeto de investigação desenvolvido entre 2003 e 2007); tratando-se de um instrumento de auto avaliação do desempenho, parece legítimo pensar-se que uma maior familiaridade com os conceitos e com o instrumento tenha repercussões





no modo como o utilizam e como através dele classificam o seu próprio desempenho. Também as diferenças sócio culturais existentes entre as três regiões envolvidas nos grupos de intervenção e de controlo, e que não foram controladas no estudo, são uma dimensão que não se pode desvalorizar na interpretação dos resultados (Hanson & Lynch, 2012). Acrescentamos ainda a necessidade de averiguar a intensidade da mobilidade que decorreu em cada um dos distritos, motivada pela reorganização da IP em Portugal ao longo do estudo, por forma a perceber o impacto desta no funcionamento das equipas e adesão ao estudo, e consequentes efeitos expressos nos resultados encontrados.

Ainda assim, consideramos poder apontar o VHT/VIG como um meio válido para ser usado no apoio às famílias, promovendo o seu bem-estar emocional e, conseqüentemente, o de toda a família, incluindo a criança. Na verdade, uma mensagem presente ao longo de todo o projeto nos profissionais do grupo de intervenção, foi a visível satisfação com que as famílias revisitavam os momentos de interação com as suas crianças e outros membros da família, e com os profissionais, recebendo com envolvimento e compromisso o video feedback que os profissionais lhes transmitiam, após a supervisão com a VIGeR, e expandindo as competências relacionais que desse modo consciencializavam, tal como referido por Feliciano (2002) e Fukkink, (2008).

Face a estas informações, que os profissionais gradualmente trouxeram para as sessões de supervisão (quer nos registos em vídeo, quer na expressão oral presencial), evidenciou-se a necessidade de explorar a análise dos conteúdos qualitativos presentes; esta tarefa está atualmente em curso (para publicação a curto prazo). Esta análise permitirá verificar aspetos como os referidos por autores como Asay e Lambert (1999, citado por Sousa & Rodrigues, 2012), que registam a percentagem de 30% no fator relação profissional-família a influenciar o efeito da ajuda; poderá assim averiguar-se sobre a presença de um maior envolvimento e de uma abordagem mais relacional, que permita a resiliência e a construção de uma relação de confiança com a família, e ainda a promoção e reforço de cada pequena conquista da mesma (família), tal como referido por Sousa e Rodrigues (2012). Acresce ainda a verificação que esta análise permite da abordagem focada nos potenciais, em vez de nos problemas, acionando o envolvimento do profissional com a família e a construção de momentos que possam conduzir a uma ajuda mais efetiva e eficiente, como referido por Madsen (2014).

Os resultados encontrados no aumento do registo das necessidades nas famílias no grupo de intervenção não parecem ir no sentido do referido por Fordham, Gibson e Bowes (2011), que encontraram elevadas correlações entre o apoio dos profissionais e as experiências positivas de cuidar (especificamente ao nível da informação geral e da informação específica sobre a criança). Face a estes resultados, poderá ser benéfico averiguar se a consciencialização que a metodologia VHT/VIG ativa nas famílias terá relação com a respetiva capacidade para identificar as suas necessidades; poder-se-á investigar se a forma como o questionário é apreendido pelas famílias vai traduzir-se numa melhoria das suas capacidades para nomear as dificuldades e especificar os pedidos de ajuda.

Outro aspeto importante a considerar, porque confirma o desenvolvimento de competências relacionais, será o facto de várias profissionais do grupo de intervenção se terem proposto a exame de certificação como utilizadoras do método VHT/VIG, tendo sido aprovadas com uma apreciação muito positiva por parte das responsáveis da Association for Interaction Guidance and Home Treatment) (AIT, The Netherlands) que, em Portugal na qualidade de consultoras do projeto, e com



a VIGeR portuguesa, arguíram e presidiram a essa prova. Efetivamente, a gradual capacitação dos profissionais do grupo de intervenção no domínio da abordagem focada nas relações em IP, foi evidente ao longo dos trabalhos do projeto.

Em futuras investigações, recomenda-se a video feedback identificação de outras variáveis potencialmente reveladoras do impacto do uso do método VHT/VIG em Intervenção Precoce, assim como um maior controlo da amostra, seja no seu número, seja no que refere às características das crianças que a compõem e determinam.

## Referências bibliográficas

- Aguiar, C., & McWilliam, R. (2013). Consistency of toddler engagement across two setting. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(1), 102–110.
- Bagnato, S. (2009). *Authentic assessment for early childhood intervention*. New York: The Guilford Press.
- Bailey, D. & Simeonsson, R. (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Bailey, D. & Simeonsson, R. (1990). *Inventário de necessidades da família* (rev. ed., PIIP Coimbra). Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Bairrão, J. & Almeida, I. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *SGS II- Escala de Avaliação das competências no Desenvolvimento Infantil II, dos 0 aos 5 anos* (Edição Portuguesa, CEGOC-TEA ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R., & Pimentel, J. (2010). Quality of individualized education program goals of preschoolers with disabilities. *Infants & Young Children*, 23(3), 233-243. doi: 10.1097/ IYC.0b013e3181e45925.
- Canavarró, C., Serra, A. S. V., Firmino, H., & Carlos, R. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14(2), 85-91.
- Celebi, M. (2012). *Using video interaction Guidance (VIG) with parents and infants*. Retrieved from <http://www.spinlink.eu/>.
- Dunlap, G. & Fox, L. (2007). Parent-professional partnerships: A valuable context for addressing challenging behaviours. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54(3), 273–285.
- Dunst, C, Leet, H., & Trivette, C. (1988). Family resources, personal well-being and early intervention. *Journal of Special education*, 22 (1), 108-116.
- Dunst, C. (2000). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In A. Serrano & L. M. Correia (Eds.), *Envolvimento parental e intervenção precoce* (pp. 123-141). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. & Dempsey, I. (2007). Family-professional partnerships and parenting competence,



confidence, and enjoyment. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54 (3), 305–318.

Dunst, C. & Trivette, C. (2009). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of Family Social Work*, 12, 119–143. LLC ISSN: 1052-2158 print=1540-4072 online DOI: 10.1080/10522150802713322.

Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. G. (2011). Effects of in service training on early intervention practitioners' use of family systems intervention practices in the USA. *Professional Development in Education*, 37(2), 181-196.

Dunst, C., Trivette, C., & Hamby, D. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning*, 3 (1), 91-113.

Espe-Sherwindt, M. (2000). Intervenção precoce: Quando os pais estão em risco. In L. M. Correia & A. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce* (pp. 93-122). Porto: Porto Editora.

Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centered practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143.

Feliciano, F. (2002). *A relação pais-infante prematuro : vivida através do método canguru, utilizando o video interaction guidance (VIG) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e o video hometraining (VHT) no domicílio* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho. Braga.. Registo em

[http://aleph.sdum.uminho.pt/F/HSSMBUIS1QUU5HQ6FVRYJADVHKTYFL1PD9EIB75T85BE81G87B-07014?func=full-set-set&set\\_number=313135&set\\_entry=000001&format=999](http://aleph.sdum.uminho.pt/F/HSSMBUIS1QUU5HQ6FVRYJADVHKTYFL1PD9EIB75T85BE81G87B-07014?func=full-set-set&set_number=313135&set_entry=000001&format=999)

Feliciano, F. (2007). *Método canguru: o prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Fenichel, E. (1999). Learning through supervision and mentoring to support the development of infants, toddlers and their families: A source book. Washington D.C.: Zero to three/National Centre for Infants, Toddlers and Families.

Fordham, L., Gibson, F., & Bowes, J. (2011). Information and professional support: Key factors in the provision of family-centred early childhood interventions services. *Child: Care Health and Development*, 38 (5), 647–653. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01324.x

Fox, L. (2012). Ajudar as famílias a lidar com comportamentos problemáticos e a promover e desenvolvimento social. In R. McWilliam, (org.). *Trabalhar com as famílias de crianças com Necessidades Especiais* (pp. 263-287). Porto: Porto Editora (ISBN: 978-972-0-34520-2).

Fukkink, R. (2007). Video feedback in widescreen. A meta-analysis of the effects of video feedback in family programs. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), pp. 904-916. Doi: 10.1016/j.cpr.2008.01.003. Epub 2008 Feb 5.

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, B., Simões, M., Almeida, L., & Fagulha, T. (Coords.). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I, pp. 37-45). Coimbra: Quarteto.

Gronita, J. (2008). O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas.



Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.

Guralnick, M. (2006). Family influences on early development: Integrating the science of normative development, risk and disability, and intervention. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of early childhood development* (pp. 44-61). Oxford, UK: Blackwell Publishers.

Hanson, M. & Lynch, E. (2012). Trabalhar com famílias de meios sociais e culturais diferentes. In R. McWilliam, (org.) (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais* (pp. 165-196). Porto: Porto Editora (ISBN: 978-972-0-34520-2).

Hardman, M., Drew, C., & Egan, M. W. (1999). *Human exceptionality*. Boston: Allyn and Bacon.

Jones, C. (2004). *Supporting inclusion in the early years*. Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill Education.

Jones, V. (2000). Working with families. In A. Compton & M. Ashwin (Eds.), *Community care for health professionals* (pp. 130-144). Oxford: Butterworth-Heinemann.

Kalmanson, B. & Seligman, S. (1992). Family-provider relationships: The basis of all interventions. *Infants and Young Children*, 4 (4), 46-562.

Karr-Morse, R., & Wiley, M. (2013). *Ghosts from the nursery: tracing the roots of violence*. New York: Atlantic Monthly Press.

Kennedy, H. (2009). Developing the relationship: How video interaction guidance enhances sensitivity in families and why this is important. <http://www.spinlink.eu/>.

Kennedy, H. & Sked, H. (2008). Video Interaction Guidance: A bridge to better interactions for individuals with communication impairments. <http://www.spinlink.eu/>.

Luiz, D., Barnard, A., Knosen, N., Kotras, N., Horrocks, S., McAlinden, P., Challis, D., O'Connell, R., Faragher, B., Burns, L.E., & Challis, D. (2006). *Griffiths mental development scales - Extended revised: 2 to 8 years (GMDS-ER 2-8)*. Oxford: Hogrefe.

Madsen, W. C. (2014). Applications of collaborative helping maps: Supporting professional development, supervision and work teams in family-centered practice. *Family Process*, 53, nº1, pp. 3-21, doi: 10.1111/famp.12048

McWilliam, P. (2012). Conversar com as famílias. In R. McWilliam, (org.). *Trabalhar com as famílias de crianças com Necessidades Especiais* (143-163). Porto: Porto Editora (ISBN: 978-972-0-34520-2).

McWilliam, R. (Ed.) (2010). *Working with families of young children with special needs*. New York: Guilford Press.

McWilliam, R., Casey, A., & Sims, J. (2009). The routines based interview: A method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children*, 22(3), 224-233. doi: 10.1097/IYC.0b013e3181abe1dd.

National Training Institute for Child Care Health Consultants (2010). *Relationships: The heart of development and learning*. Washington, DC: Zero to Three. Portugal, G. & Santos, P. (2003a). A abordagem experiencial em intervenção precoce: Na formação, supervisão e intervenção. *Psicologia*, 17(1), 161-177.

Portugal, G. & Santos, P. (2003b). Enabling and empowering early intervention professionals – A



- reflective practice based on experiential education. In Laevers, L. & Heylen, L. (eds.). *Involvement of Children and Teacher Style* (pp. 129-142). Leuven: Leuven University Press..
- Rebello, J. (2007). *Desatar o nó do luto* (3ª ed.). Lisboa: Casa das Letras.
- Rebello, J. (2013). *Defilhar: Como viver a perda de um filho*. Lisboa: Casa das Letras.
- Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce* (: Tese de doutoramento). Retirado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/1104>
- Santos, P. (2009). *Empowerment coletivo e corresponsabilização: Palavras-chave em intervenção precoce*. In Gabriela Portugal (org.), *Ideias, projetos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 117-126). Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN 978-972-789-282-2.
- Santos, P. (2010). *Família, Mudança Maior e Intervenção Precoce*. In Henrique Pereira, Luísa Branco, Fátima Simões, Graça Esgalhado, & Rosa Afonso (Eds.). *Educação para Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado* (pp. 948-958). Covilhã: Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. ISBN: 978-989-96996-0-1.
- Serra, A. S. V. (2008). *Escala de avaliação da vulnerabilidade ao stress (23 QVS)*. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, L. Almeida (Coords.). *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol.III)*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Serrano, A. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shore, R. (1997). *Rethinking the brain*. New York: Families and Work Institute.
- Siegel, D. (1999). *Relationships and the developing mind*. *Child Care Information Exchange*, 11/99, 48-51.
- Siegel, D. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press.
- Spinusa (1992). *Educational leadership & teacher training*. Amsterdam: The International Initiative.
- Sousa, L. & Rodrigues, S. (2012). *The collaborative professional: Towards empowering vulnerable families*. *Journal of Social Work Practice*, 26 (4), 411–425. <http://dx.doi.org/10.1080/02650533.2012.668878>
- Trivette, C., Dunst, C., & Hamby, D. (2010). *Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development*. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(1), 3-19.
- Underdown, A. (2013). *Parent-infant relationships: Supporting parents to adopt a reflective stance*. *Journal of Health Visiting* 1(2), 76-79.
- Wollenburg, K., Campbell, A., & Doan-Sampon, M. A. (1999). *Growing: Birth to three*. (revised ed.). Portage: CESA 5.
- World Health Organization (2012). *Early childhood development and disability: A discussion paper*. Geneva: WHO Press.
- Zeanah, C., Berlin, L., & Boris, N. (2011). *Practitioner review: Clinical applications of attachment theory*



# Supervisão

**Indagatio Didactica**, vol. 7(4), dezembro 2015

ISSN: 1647-3582

and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 819-833.

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.