



Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy

Marca INPI: Nº668549

ISSN: 2975-8181



Volume 0 n.º 1

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy
✉ rpto@ipleiria.pt

Data de publicação: Out 2022

DOI: <https://doi.org/10.25766/r98y-9q54>



Contributo para a validação da escala The Perceived Efficacy and Goal Setting System para a População Portuguesa

Ana Isabel Ferreira

Departamento de Saúde – Instituto Politécnico de Beja, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-5142-8061>

✉ anaisabel.ferreira@opbeja.pt

Ana Matos

Residências Montepio de Albergaria-a-Velha, ADN Saúde, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-2861-9804>

✉ afinuma97@hotmail.com

Joana Lança

INEDITA, Centro de Desenvolvimento, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-9970-4111>

✉ joanalanca.to@gmail.com

Ana Paula Martins

Departamento de Saúde – Instituto Politécnico de Beja, Hospital

<https://orcid.org/0000-0003-1394-4038>

✉ anapaula.martins@ipbeja.pt

Resumo: O Perceived Efficacy and Goal Setting (PEGS) é uma escala que identifica a percepção da criança sobre a sua eficácia em várias atividades do quotidiano (autocuidados, produtividade e atividades de lazer) comparando-a com a percepção dos seus cuidadores e educadores. Anteriormente, foi iniciada a contribuição para a tradução e adaptação cultural da escala PEGS (2ª edição) para a língua portuguesa, havendo necessidade de contribuir para a validação da PEGS para a População Portuguesa. Para tal, foi recrutada uma amostra de conveniência de 93 crianças (N=44; 47,3% do género masculino e N=49; 52,7% do género feminino), com idades compreendidas entre os 5 e 9 anos. Após a aplicação da escala, foram analisados e interpretados os dados obtidos e, através do cálculo do Alfa de Cronbach, foi possível aferir que a totalidade dos itens do questionário do cuidador e do educador revelam uma consistência muito forte (valor ≥ 0.9) e o da criança, uma boa fiabilidade (valor ≥ 0.7). Durante a aplicação da escala, verificou-se que a extensão da mesma poderá influenciar a atenção das crianças mais novas, assim como a complexidade da linguagem utilizada. Contudo, o sistema pictográfico, facilitou e motivou o envolvimento das crianças no decorrer da aplicação da PEGS. As investigadoras propõem a continuidade da validação da escala, nomeadamente através da recolha de dados normativos em diferentes regiões do país, uma vez que na prática da terapia ocupacional existe a necessidade de maior investimento em escalas de avaliação validadas para a população portuguesa.

Palavras-chave: Auto-eficácia; desenvolvimento infantil; PEGS; terapia ocupacional; validação

Abstract: Perceived Efficacy and Goal Setting (PEGS) is a scale which identifies children's perception of their efficacy in some daily activities (such as self-care, productivity and leisure) comparing it with their caregiver's perception. Previously the contribution to the translation and PEGS's cultural adaptation scale (2nd edition) into Portuguese was initiated, with the aim to contribute to the validation of the PEGS for the Portuguese population. A sample of 93 children was tested (N=44; 47.3% male and N=49; 52.7% female), aged between 5 and 9 years. Right after the scale appliance, the data obtained were analyzed, and through the calculation of Cronbach's Alpha, it was possible to verify that the totality of the items of the caregiver's and the educator's inquiry reveal a strong consistency (value ≥ 0.9) and child's form, a good reliability (value ≥ 0.7). During the application of the scale, it was observed that its extension may influence on younger children's attention as well as the complexity of the language used. However, the pictographic system has promoted and motivated the children's engagement during PEGS's application. The researchers propose that the scale validation continues, specially through all the collected data in different regions of the country, since in the practice of occupational therapy there is a need for greater investment in assessment scales validated for the Portuguese population.

Keywords: Self efficacy; child development; PEGS; Occupational Therapy; validation

1. Introdução

O processo em terapia ocupacional integra 3 momentos: avaliação; intervenção e os resultados alcançados. O terapeuta ocupacional tem sempre em conta as atividades e ocupações significativas do cliente. O profissional, na sua prática, direciona a intervenção tendo em conta as várias dimensões do indivíduo, como: fatores do cliente, padrões de desempenho, habilidades de desempenho, contextos, ambiente e exigências das atividades, de modo a conceber um plano de intervenção individualizado [1].

Segundo os mesmos autores, o processo de avaliação em terapia ocupacional consiste em definir objetivos terapêuticos que visem corresponder às necessidades do cliente, nomeadamente entre aquilo que quer, precisa fazer e as barreiras e facilitadores do seu desempenho ocupacional. A avaliação terapêutica deverá ser específica para cada pessoa, ou seja, deverá ter em conta, a individualidade de cada cliente.

Na avaliação em terapia ocupacional, mais especificamente em pediatria, é necessário adequar as metodologias e procedimentos, tendo em conta a faixa etária e competências de desempenho da criança [2]. Torna-se importante, na área pediátrica, envolver os cuidadores no processo avaliativo.

Na sua prática clínica, o terapeuta ocupacional recorre a metodologias de avaliação estandardizadas e não estandardizadas, com o objetivo de recolher o maior número de informação, acerca da criança. Os métodos estandardizados tornam-se uma mais-valia, uma vez que unificam a linguagem, fornecem dados quantitativos, medem a evolução da criança e auxiliam o terapeuta ocupacional na tomada de decisão [3].

Para que os instrumentos sejam apropriados a cada cultura, devem ser realizadas as respetivas validações, tendo em conta as características de cada população [4]. Na fase de validação do instrumento é selecionada uma amostra e prossegue-se à aplicação do mesmo. Para concluir esta fase, o banco de dados é construído e é feita a análise estatística dos dados. Através deste processo, o instrumento a ser validado fica apto a ser utilizado na população para a qual foi feita a validação. Considera-se que o reconhecimento da competência dos instrumentos torna-se um aspeto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, reforçando assim a importância do processo de validação [5].

O Perceived Efficacy and Goal Setting System (2º edição), pretende identificar, em crianças com disfunções, a perceção sobre a sua autoeficácia em atividades diárias, bem como a perceção dos seus cuidadores e educadores acerca da eficácia da criança [6]. A autoeficácia diz respeito à perceção que o indivíduo tem da sua capacidade para executar com êxito determinado comportamento [7].

Através da aplicação da PEGS o terapeuta pretende descobrir a importância que as atividades têm para cada criança, bem como o que estas querem trabalhar, tendo em conta que só as crianças o podem dizer [6]. Este sistema envolve a criança no processo de planeamento do tratamento e promove a colaboração com a criança, os cuidadores e os educadores.

O teste é aplicável a crianças que cronologicamente ou a nível de desenvolvimento se encontram na faixa etária dos 5 aos 9 anos. Este pode ser utilizado com crianças que apresentem todo o tipo de disfunções e graus de severidade, desde que os mesmos sejam capazes de formular algum tipo de resposta, de forma a corresponder às expectativas do PEGS. O PEGS é rápido e fácil de aplicar e pontuar, podendo ser utilizado em vários contextos clínicos assim como comunitários, inclusive nas escolas.

O teste consiste num conjunto de 27 pares de cartas que apresentam uma criança a desempenhar atividades do quotidiano que se encontram relacionadas com os cuidados pessoais (autocuidados), trabalhos escolares (produtividade) e atividades de lazer. Todos os pares de cartas têm representado uma criança a desempenhar uma atividade com facilidade e outra com mais dificuldade.

Durante a aplicação do teste, a criança deverá dar duas respostas quando os cartões lhe são apresentados. Primeiro indicar com qual criança é mais parecida e, depois, se tem muitas ou poucas semelhanças com a criança escolhida, funcionando a PEGS com resposta fechada.

A PEGS é também constituída por cartões de correspondência para as cartas apresentadas à criança, uma folha de pontuação da criança, questionário ao cuidador, questionário ao educador e uma folha de resumo. O questionário ao educador contém menos quatro itens do que o questionário ao cuidador, pois alguns são difíceis de serem avaliados pelo educador, por serem muitas vezes desempenhados apenas em contexto domiciliar (p.e. cortar os alimentos).

A pontuação total pode diferir pois esta, representa a perceção de cada entrevistado. A pontuação máxima para a criança e cuidador é de 96 e a mínima de 24, enquanto a do educador pode atingir um máximo de 80 e um mínimo de 20.

A relevância em dar continuidade à validação de instrumentos de avaliação em Terapia Ocupacional já foi detalhada [8]. Isto porque, a maioria dos testes não se destinam à avaliação exclusiva das atividades de vida diária da criança, mas sim à avaliação do desenvolvimento infantil nas variadas áreas de desenvolvimento. Neste sentido, existe uma grande necessidade de se investir na área da avaliação em Terapia Ocupacional.

No seguimento do trabalho desenvolvido anteriormente para a tradução e adaptação cultural da escala PEGS (2ª edição) para a Língua Portuguesa, existiu a necessidade de realizar um contributo para a validação dessa mesma escala.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo dar um contributo para a validação do instrumento de avaliação (PEGS) para a população portuguesa. Os objetivos específicos passam por verificar a auto percepção da eficácia da criança, assim como a existência de eventuais diferenças na perceção da eficácia dos adultos (cuidadores e educadores) que conhecem a criança.

2. Materiais e Métodos

Relativamente ao desenho do estudo, estamos perante uma investigação descritiva, quantitativa e transversal.

Por se tratar de um estudo descritivo puro, não existem variáveis dependentes e independentes. Existem sim, variáveis de controlo, atributo e parasitas.

No presente estudo as variáveis de controlo consideradas, foram: crianças de nacionalidade portuguesa, desenvolvimento infantil normal, que frequentassem estabelecimentos de ensino de pré-escolar e primário na cidade de Beja e Setúbal e com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos inclusive.

Consideram-se como variáveis parasitas a: não adesão da criança, do educador e do cuidador à aplicação do teste que se encontra a ser validado; o não preenchimento do questionário por parte do educador e cuidador; bem como a impossibilidade de recolha da amostra generalista, uma vez que esta foi realizada por conveniência.

Os critérios de inclusão do presente estudo são: crianças com desenvolvimento neurotípico, com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos inclusive, serem detentores de nacionalidade Portuguesa e integrar o ensino pré-escolar ou primário nas cidades de Beja e Setúbal.

A amostra da presente investigação é considerada por conveniência, uma vez que é constituída por crianças facilmente acessíveis e que correspondem aos critérios de inclusão determinados. Nesse sentido, a amostra do presente estudo refere-se a 93 crianças de ambos os géneros (44 do género masculino e 49 do género feminino), com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos (18 crianças de 5 anos; 12 crianças de 6 anos; 15 crianças de 7 anos; 25 crianças de 8 anos e 23 crianças de 9 anos).

Para se proceder ao contributo da validação da escala, foram seguidos alguns procedimentos metodológicos, nomeadamente:

- Pedido de autorização às autoras do instrumento, Nancy Pollock e Cheryl Missiuna;
- Pedido de autorização à Direção-Geral da Educação para a monitorização de inquéritos em meio escolar, tendo em conta o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGPD);
- Pedido de autorização à Escola Superior de Saúde de Beja, para a recolha de dados nos estabelecimentos de ensino selecionados;
- Pedido de autorização a cada um dos participantes (educadores, cuidadores e crianças);
- Entrega do consentimento informado, possibilitando a livre tomada de decisão de participar na investigação.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de dois instrumentos de avaliação: questionário sociodemográfico e PEGS. O questionário sociodemográfico foi preenchido pelos cuidadores das crianças que participaram no estudo e teve o objetivo de caracterizar a amostra (i.e., idade, género, escolaridade dos participantes...). Os questionários da PEGS, direcionados para o cuidador e educador foram preenchidos pelos mesmos e posteriormente, realizou-se a aplicação da escala às crianças.

Após a aplicação do instrumento a toda a amostra, construiu-se uma base de dados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 24.0) para o Windows, onde foram inseridos todos os dados recolhidos do questionário sociodemográfico, questionário do cuidador e educador e da folha de pontuação da criança, de forma a analisar e discutir os resultados.

3. Análise dos resultados

1. Caracterização geral da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 93 crianças de ambos os géneros (44 crianças do género masculino (47,30%) e 49 crianças do género feminino (52,70%)), com média de idades de aproximadamente 87 meses (7 anos). Participaram neste estudo, crianças que frequentavam a pré-escolar e o primeiro ciclo. Com uma percentagem de 25,80%, os alunos do 3º ano, apresentaram o maior número de participantes nesta investigação. Os alunos do 4º ano, com percentagem de 12,90%, foi o ano de escolaridade com o menor número de crianças participantes.

A recolha da amostra decorreu em 2 concelhos: Setúbal (Escola Básica 2/3 Luísa Tódi, Escola Básica / JI do Monte Alvão e Escola Básica nº4 dos Pinheirinhos) e Beja (Escola Básica Mário Beirão, Jardim de Infância Nossa Senhora da Conceição em Beja). Neste estudo, cerca de 60,20% das crianças da amostra residem no concelho de Setúbal e 39,80% do concelho de Beja.

2. Análise dos resultados dos questionários

De seguida, será apresentada a análise dos resultados dos questionários implementados durante a investigação. Uma vez que a PEGS avalia a perceção da autoeficácia da criança e a perceção dos seus educadores e cuidadores, serão apresentados os valores obtidos nos questionários dos três intervenientes.

2.1. Análise dos resultados dos questionários das crianças

A análise fatorial permite determinar se os conceitos de um instrumento estão fortemente ligados entre si, assim como, se os enunciados se reagrupam em torno de um só fator [9].

A relação entre as questões do questionário foi avaliada recorrendo à análise fatorial exploratória com extração das dimensões pelo método das componentes principais seguida de uma rotação varimax.

Para aferir a validade da análise fatorial usou-se o critério KMO com critérios de classificação [10]. Observou-se um valor de KMO = 0.617, podendo-se aceitar como um valor aceitável ainda que medíocre.

Os valores do teste de esfericidade de Bartlett com níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a matriz é favorável [11], rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade. O teste

de esfericidade de Bartlett apresentou um p -value < 0.001 , podendo-se recusar a H_0 , concluindo-se assim, que as questões da escala se correlacionam significativamente.

Existem várias diretrizes que devem ser seguidas, para auxiliar o investigador na tomada de decisão do número de fatores em que a escala deve ser dividida, são elas: regra do eigenvalue superior a 1; critério do gráfico de escarpa (*scree plot*) e variância extraída por cada fator e variância extraída total [10]. Após análise das diretrizes acima mencionadas, as investigadoras optaram por forçar o estudo a três fatores. Seguidamente, mesmo após o estudo ter sido forçado a três fatores, verificaram-se os mesmos valores de KMO e do teste de esfericidade de Bartlett.

Os valores da comunalidade e da variância total explicada foram igualmente analisados, para que se pudesse averiguar a necessidade de excluir alguns dos itens do teste. Quando a comunalidade é $> 0,7$ então a variável possui relação com os fatores, se alguma variável apresentar baixo valor de comunalidade ($< 0,7$) talvez haja necessidade de excluí-la do modelo [12].

Desta forma, verificou-se que alguns dos valores dos itens da escala, apresentaram-se abaixo do expectável, pelo que as investigadoras optaram por retirar apenas três itens, sendo eles: Q8 (atar os atacadores); Q10 (Experimentar atividades novas no parque) e Q18 (fechar casacos), uma vez que saturavam em valores muito baixos. Após a eliminação dos itens anteriormente referidos (Q8, Q10 e Q18), os valores do teste de KMO aumentaram significativamente, apresentando um valor de 0,673. Porém, o valor continua a evidenciar-se medíocre, ainda que aceitável.

Os valores das comunalidades, de todos os itens aumentaram significativamente, não existindo valores tão baixos como os anteriormente apresentados.

A percentagem cumulativa também aumentou na tabela de variância total explicada, apresentando agora um valor de 43,12%. Sendo que, anteriormente, apresentava um valor de 38,34%. Assim sendo, podemos afirmar que a organização da escala explica 43,12% da autoperceção da eficácia da criança.

Através da matriz de componente rotativa da criança, foi possível aferir a que fator pertence cada item. Após análise, as investigadoras concluíram que não seria possível designá-los por lazer, autocuidados e produtividade, uma vez que não existe concordância entre os itens, sendo por isso, designados pelas investigadoras, como 1º fator, 2º fator e 3º fator.

Tabela 1. Distribuição de itens por fatores

Fator	Itens	Variância total
1º	Q9, Q11, Q13, Q17, Q19, Q20, Q21, Q24	23.17%
2º	Q2, Q5, Q6, Q7, Q12, Q14, Q15, Q22, Q23	10.24%
3º	Q1, Q3, Q4, Q16	9.71%

Foi realizado o cálculo do Alfa de Cronbach com o objetivo de analisar a consistência interna/confiabilidade para a totalidade dos itens do questionário da criança. Verificou-se um valor de $\alpha=0,786$, o que nos remete para uma boa fiabilidade (Tabela 2).

Foi realizada igualmente, a análise da consistência interna para cada um dos três fatores do questionário da criança. No que respeita à análise do primeiro fator verifica-se um valor de $\alpha=0,761$, considerando-se como uma boa fiabilidade, o que remete para uma boa perceção dos itens referentes a este fator por parte da criança. Com um $\alpha=0,647$ o segundo fator revela-se com uma consistência aceitável, mas medíocre, assim como o terceiro e último fator com um $\alpha=0,632$, sendo que existiu dificuldade na perceção dos itens destes dois fatores.

Através da correlação de Pearson, foi possível aferir a relação entre os três fatores e a totalidade dos mesmos. Os três fatores e o total da pontuação dos mesmos, apresentam uma relação positiva e significativa, concluindo-se assim, que todos os itens contribuem para a avaliação global do construtor.

2.2. Análise dos resultados dos questionários dos cuidadores

Procedeu-se à análise fatorial do questionário do cuidador, tendo-se obtido um valor de KMO = 0.838. Deste modo, e segundo os critérios de classificação definidos [10], podemos concluir que estamos perante um bom valor. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um p-value < 0.001, podendo-se também afirmar que a H0 é recusada, concluindo-se assim, que as questões da escala se correlacionam significativamente.

Segundo a tabela de variância total explicada, o estudo deverá ser forçado a sete fatores. Porém, a quantidade de itens da escala, não o justificam. Assim sendo, e tendo em conta as três diretrizes mencionadas anteriormente, as investigadoras definiram que a escala deveria ser forçada a três fatores. Contudo, os valores de KMO e do teste de esfericidade de Bartlett mantiveram-se.

Posteriormente analisaram-se os valores da comunalidade, tendo-se verificado que nenhum dos itens apresenta um valor significativamente baixo, pelo que não será excluído nenhum item da escala do cuidador.

O estudo dos valores da variância total explicada, permitiram concluir que a perceção dos cuidadores, relativamente à eficácia da criança, é de aproximadamente 52,50%.

Após a análise da matriz de componente rotativa do cuidador, distribuíram-se os diferentes itens pelos três fatores, anteriormente definidos. O primeiro componente a que chamaremos 1º Fator, constituído por 11 itens, explica 38,18% da variância total (Q1, Q2, Q3, Q7, Q8, Q9, Q10, Q18, Q20, Q21 e Q24). O segundo componente, fica composto por 8 itens (Q5, Q6, Q11, Q13, Q14, Q15, Q19 e Q23), chamaremos 2º Fator e explica 7,67% da variância total. O terceiro componente, ou seja, o 3º Fator, agrupa 5 itens de pesos (Q4, Q12, Q16, Q17 e Q22) e explica 6,63% da variância total.

A consistência interna/confiabilidade para a totalidade dos itens do questionário do cuidador é analisada através do estudo da consistência interna, nomeadamente pelo cálculo do Alfa de Cronbach. Verificou-se um valor de $\alpha=0,919$, o que nos remete para uma consistência muito forte (Tabela 2).

Posteriormente, com o objetivo de analisar a consistência interna de cada um dos três fatores, procedeu-se também ao cálculo do alpha de Cronbach. No que respeita à análise do primeiro fator, verifica-se um valor de $\alpha=0,871$, considerando-se como uma boa fiabilidade. Com um $\alpha=0,839$ o segundo fator revela-se com uma boa fiabilidade, assim como o terceiro e último fator com um $\alpha=0,702$. Assim sendo, os valores do Alpha de Cronbach remetem-nos para uma boa perceção dos itens referentes a cada fator por parte dos cuidadores.

Através do estudo da correlação de Pearson, podemos concluir que existe uma relação positiva e significativa entre os três fatores e o total da pontuação dos três fatores, podendo-se concluir que todos os itens contribuem para a avaliação global do construto.

2.3. Análise dos resultados dos questionários dos educadores

Foi ainda efetuada a análise fatorial dos questionários dos educadores, procedendo-se às mesmas diretrizes anteriormente utilizadas.

Assim sendo, primeiramente foi realizada a análise fatorial. Foi feito o teste de KMO e o de esfericidade de Bartlett, tomando-se como valores de referência os admitidos na literatura de referência [10].

Foi possível verificar-se um valor de $KMO=0,738$ que nos remete para um valor aceitável ainda que médio. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um $p\text{-value} < 0.001$, podendo-se recusar a H_0 e concluindo-se que as questões da escala se correlacionam significativamente.

As investigadoras tiveram mais uma vez em conta, as três diretrizes a seguir para a tomada de decisão da quantidade de fatores em que a escala poderá ser dividida. Assim sendo, decidiram mais uma vez, forçar a escala a três fatores. Após a escala ter sido forçada, os valores de KMO e do teste de esfericidade de Bartlett mantiveram-se.

De seguida, através da exploração dos valores da comunalidade e da tabela de variância total explicada, concluiu-se que não seria necessária a exclusão de nenhum dos itens.

Os educadores têm cerca de 61,58% de perceção relativamente à eficácia da criança. Esta explicação deve-se à análise da tabela de variância total explicada.

Após a análise da matriz de componente rotativa do educador, distribuíram-se os diferentes itens pelos três fatores a que o teste foi forçado. O primeiro componente, é composto por 13 itens (Q1, Q5, Q8, Q9, Q13, Q15, Q16, Q17, Q19, Q20, Q21, Q22 e Q23), chamaremos 1º Fator e explica 38,75% da variância total. O segundo componente, ou seja, 2º Fator, agrupa 4 itens de pesos (Q3, Q10, Q18 e Q24) e explica 14,34% da variância total. O terceiro componente a que chamaremos 3º Fator, constituído por 3 itens, explica 8,50% da variância total (Q6, Q7 e Q12).

Foi realizado o cálculo do Alfa de Cronbach, para a totalidade dos itens do questionário do educador, tendo-se verificado um valor de $\alpha= 0,908$, revelando-se uma muito boa consistência interna.

Tendo em conta os valores referidos [10] no primeiro fator verifica-se um valor de $\alpha=0,912$, considerando-se assim uma excelente consistência interna, remete para uma excelente perceção dos itens referentes a este fator por parte dos educadores. Com um $\alpha=0,744$, o segundo fator revela-se como uma boa fiabilidade e consequentemente para uma boa perceção dos itens do fator por parte dos educadores. Por fim, o terceiro e último fator com um $\alpha=0,424$ é considerado um valor inaceitável, sendo que remete para uma fraca perceção dos itens do fator por parte dos educadores.

Após a análise dos valores da correlação de Pearson, podemos concluir que existe uma relação positiva e significativa entre os três fatores e o total da pontuação dos três fatores, podendo-se concluir que todos os itens contribuem para a avaliação global do construto.

Tabela 2. Valores de Alfa de Cronbach da criança, cuidador e educador.

	Alfa de Cronbach	Número de Itens
Criança	0,786	21
Cuidador	0,919	24
Educador	0,908	20

3. Análise descritiva e testes de normalidade

Foi realizada a análise descritiva dos intervenientes e fatores, de forma a aferir os valores mínimos, máximos e média de cada um. Através dos seus valores, verificou-se a existência de uma variância significativa entre os valores das médias, o que nos remete para a inexistência de normalidade.

Através dos testes de normalidade, foi possível aferir a inexistência de normalidade, ou seja, existem diferenças significativas. Consequentemente foi possível concluir que estamos perante testes não paramétricos. Havendo diferenças significativas nos valores da escala, é possível concluir que existe variância entre as questões, ou seja, o teste avalia aquilo a que se propõe a avaliar, isto é, a perceção da autoeficácia da criança.

Posteriormente realizou-se o teste não paramétrico de Friedman, de forma a compreender se existe ou não normalidade entre os fatores. Após análise, verificou-se que não existe normalidade, contudo, não foi possível verificar entre quais os fatores.

Posto isto, foi realizado um teste não paramétrico de Wilcoxon. Verificou-se que existe concordância na resposta aos itens entre os questionários das crianças e do educador. Ainda assim, nos restantes grupos não existe acordo em relação à perceção da eficácia das crianças, uma vez que o sig tem um valor igual a 0,00.

Tabela 3. Teste não paramétrico de Wilcoxon.

	Total Cuidadores - Total Crianças	Total Educadores - Total Crianças	Total Educadores - Total Cuidadores
Significância Assint. (Bilateral)	,000	,385	,000

4. Discussão dos resultados

Esta investigação pretende contribuir para a validação do instrumento de avaliação PEGS para a população portuguesa, tendo recolhido dados em crianças entre os 5 e 9 anos com desenvolvimento neurotípico.

Comparativamente com o estudo realizado anteriormente na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro [13] e relativo à 1ª versão da PEGS, a consistência interna do questionário da criança, apresentou um valor de 0,717, inferior ao resultado obtido no presente estudo ($\alpha=0,786$), valor que apesar de ser divergente sugere uma boa fiabilidade. O questionário do professor, segundo o estudo de 2016, revela uma consistência interna de 0,893, considerado com boa fiabilidade, já a presente investigação apresenta um valor de 0,908, sendo considerado com muito boa consistência. Assim sendo, os itens da 2ª edição da PEGS, ou seja, da presente investigação, parecem avaliar de melhor forma aquilo ao que o teste se propõe.

O estudo realizado no Brasil, apresenta no questionário das crianças, uma consistência interna de 0,808 [14] e o presente estudo de 0,786, verificando-se em ambos os testes uma boa fiabilidade. No questionário do cuidador em 2008, obteve-se um valor de 0,703 (boa fiabilidade), ao invés do estudo das investigadoras onde obtiveram um valor superior ($\alpha=0,919$), considerado com muito boa fiabilidade. Já o questionário do educador apresentou um $\alpha=0,881$ (boa fiabilidade), inferior ao $\alpha=0,908$ (muito boa fiabilidade) da investigação realizada.

Na investigação de 2008, através do teste de Friedman, verificou-se não existirem diferenças significativas entre os scores percentuais obtidos nas três escalas, contudo as investigadoras do presente estudo consideram haver diferenças significativas, nomeadamente no cruzamento de cuidadores/crianças e educador/cuidador, valores esses obtidos através do teste não paramétrico de Wilcoxon.

Ao longo da investigação, através da aplicação da escala, observou-se que a extensão da escala poderá influenciar a atenção das crianças com idades mais reduzidas (5 e 6 anos). A linguagem utilizada pelo terapeuta no teste, nomeadamente na legenda dos cartões, revelou-se complexa para as crianças com faixas etárias mais baixas, mais especificamente: “esta criança consegue gerir as coisas de forma independente” e “esta criança consegue gerir as rotinas de cuidados pessoais de forma independente”. Constatou-se que existe desinteresse por parte dos cuidadores no preenchimento dos questionários como já havia sido mencionado no estudo de 2016, uma vez que existiram questionários que não foram devolvidos no tempo estabelecido.

Um aspeto positivo é o seu sistema pictográfico, que se torna apelativo para as crianças, facilitando o seu envolvimento no decorrer da aplicação da escala.

5. Considerações Finais

Este estudo de investigação teve como finalidade contribuir para a validação da PEGS (2ª edição) para a população portuguesa, sendo que as investigadoras consideraram este estudo pertinente, uma vez que se trata de um contributo para a prática da Terapia Ocupacional.

Assim é possível valorizar a abordagem da Terapia Ocupacional na avaliação em contexto pediátrico, pois o PEGS facilita a abordagem das necessidades das crianças, a promoção do poder de decisão e participação da criança no processo terapêutico e o desenvolvimento e promoção da participação ativa dos cuidadores e educadores na delineação dos objetivos. Facilitando a formulação dos objetivos terapêuticos e centrando-os nas necessidades das crianças e suas famílias.

As investigadoras consideram uma mais valia o facto de serem as crianças a identificar as atividades em que apresentam um melhor ou pior desempenho, permitindo que o terapeuta ocupacional desenvolva uma intervenção mais direcionada para aquilo em que as crianças consideram ter mais dificuldade.

No decorrer da investigação foram identificadas várias limitações, nomeadamente o facto de ter sido realizado o pedido de autorização à Direção Geral de Educação para recolha da amostra em escolas públicas. Este foi um processo moroso, dificultando o avanço da investigação; as respostas demoradas dos estabelecimentos de ensino solicitados para participarem no estudo das investigadoras dificultaram e atrasaram o processo de recolha da amostra; a organização dos docentes das escolas, assim como dos cuidadores acabou também por dificultar o avançar da investigação, uma vez que a entrega dos questionários por parte dos mesmos não foi efetivada dentro do prazo estipulado pelas investigadoras. O número final da amostra foi reduzido tendo em conta o que foi inicialmente planeado pelas investigadoras, uma vez que existiu falta de aderência por parte de alguns cuidadores bem como de educadores. Considerando que o teste pode ser aplicado a crianças dos 5 aos 9 anos inclusive, foi sentido por parte das investigadoras no decorrer da aplicação do teste, nas crianças da faixa etária dos 5 anos, alguma dificuldade na compreensão da linguagem do teste.

As investigadoras propõem a continuidade da validação da escala, uma vez que na prática da terapia ocupacional existe a necessidade de maior investimento em escalas de avaliação validadas para a população Portuguesa.

Fonte de Financiamento: Nada a declarar.

Agradecimentos: O grupo de investigação gostaria de agradecer às autoras da PEGS por permitirem a validação do instrumento para a população portuguesa. De igual modo foi fundamental o contributo da Direção Geral da Educação que permitiu a recolha de dados nas escolas do 1º ciclo do concelho de Beja e de Setúbal. Por fim agradecer o inestimável contributo das 94 crianças, cuidadores e educadores que participaram sem hesitar no processo de recolha de dados.

6. Referências bibliográficas

1. Portuguesa V, Gomes MD, Teixeira L, Ribeiro J. Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional Domínio & Processo – 4ª edição. 2021; Available from: <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>
2. Kudo A, Parreira F, Barros B, Zamper S. Tecnologia assistiva para a promoção de atividades da vida diária com crianças em contexto hospitalar. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 2012;20(2):183–90.
3. Case– Smith J, O’ Brien J. *Occupational Therapy for Children*. 6th ed. Case–Smith J, O’ Brien J, editors. Missouri: Elsevier; 2010.
4. Chaves FF, Horizonte B. Tradução, adaptação e validação de instrumentos para as práticas educativas na condição do Diabetes Mellitus. 2016.
5. Medeiros RK da S, Júnior MAF, Pinto DP de SR, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Pasquali’s model of content validation in the nursing researches. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2015;4(4):127–35.
6. Missiuna C, Pollock N, Josman N, Langeland I, Magalhães LC, Dunford C, et al. Giving Children a Voice: Cross-cultural validation of the Perceived Efficacy and Goal Setting (PEGS) System in 6 Countries.

7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. Psychological Review. 1977;82(2):191-215.
8. Baleroni D, Silva R, Simões Martinez CM. Modelos de avaliação em Terapia Ocupacional: estudo dos hábitos funcionais diários e de auto-suficiência em crianças [Internet]. 2002. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/258112856>
9. Nunnally J, Bernstein I. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.; 1994.
10. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number; 2011.
11. Tabachnick B, Fidell L. *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon.; 2007.
12. Corrar L, Paulo E, Dias-Filho J. *Análise multivariada: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia*. São Paulo: Atlas; 2007.
13. Miguel S, Carvalhal MI, Coelho EM. Translation and adaptation into Portuguese of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) [Internet]. 2017. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/316281094>
14. Iracema C, Ruggio B, Horizonte B. *Adaptação transcultural do Perceived efficacy and goal setting system – PEGS para crianças Brasileiras*. 2008.