

A ESCALA DE INTERVENÇÃO FOCADA NA FAMÍLIA Estudo da sua validação

Júlia Serpa Pimentel

Resumo Neste artigo apresentamos a adaptação portuguesa da Family Focused Intervention Scale de Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990a). A escala foi respondida por 193 mães de crianças com risco biológico ou risco estabelecido que recebiam apoio precoce e pelos 128 técnicos que lhes prestavam apoio, que responderam à escala em função de cada criança, havendo portanto também 193 escalas respondidas pelos técnicos. Os pais eram residentes no distrito de Lisboa e os técnicos integravam uma variedade de serviços de apoio precoce do mesmo distrito. Os pais e os técnicos responderam à escala, quer relativamente aos serviços efectivamente recebidos/prestados, quer relativamente à importância atribuída a cada serviço. A análise factorial efectuada indicou que os itens da escala avaliavam dois factores independentes: serviços focados na criança e serviços focados na família. Os itens integrando cada uma dessas subescalas mantiveram-se constantes, quer para a totalidade dos participantes quer para pais e técnicos individualmente. O teste Alfa de Cronbach indicou que cada uma das subescalas tinha elevado grau de coerência interna, quer relativamente aos serviços recebidos/prestados, quer relativamente à importância atribuída.

Palavras-chave Intervenção precoce, intervenção focada na família, escala de avaliação.

A evolução histórica e as perspectivas teóricas relativas aos programas de intervenção precoce são aspectos que estão já bem documentados nos trabalhos de Almeida (1997a, 2000a, 2000b), Bairrão (1994), Felgueiras (1997) e Serrano e Correia (1998), pelo que a eles nos limitaremos a fazer uma brevíssima referência. Poderíamos dizer que os programas de intervenção precoce aparecem nos EUA, no final dos anos 60, na sequência de programas de educação compensatória para crianças em desvantagem social. Foram, no seu início, marcados pelo modelo médico/deficitário, que ainda hoje influencia a prática da educação especial.

O principal foco dos programas de intervenção desta época era a criança a quem eram prestados directamente serviços educativos e terapêuticos, concebidos e implementados pelo profissional, no sentido de compensar as suas complicações médicas ou físicas e/ou fornecer-lhes experiências de aprendizagem directa que a ajudassem a adquirir as competências desenvolvimentais e funcionais que lhe faltavam (Mahoney & Filer, 1996; Mahoney, O'Sullivan & Dennenbaum, 1990a).

Júlia Serpa Pimentel, mestre em psicologia educacional; assistente no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Nestas primeiras abordagens, os pais não eram considerados elementos fundamentais para o processo e as primeiras tentativas para os envolver foram marcadas por um modelo centrado no profissional em que este se assume como especialista, sendo a sua perspectiva a determinante (Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby, 1991, Mahoney & Filer, 1996).

Num segundo momento, evoluiu-se para um modelo que continuava centrado na criança, mas em que os pais eram encorajados a implementar, em casa, intervenções e actividades de ensino decalcadas das que eram praticadas nos contextos clínico - educativos, seguindo fielmente a orientação do profissional, sem que houvesse da parte deste qualquer preocupação respeitante à integração destas nas actividades normais da família. A este modelo chamam os autores acima referidos "aliado à família".

A partir dos anos 80, reconhecendo-se a influência das teorias ecológicas no desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Crouter, 1983), a P. L. 99-457 requer que os serviços de intervenção precoce se dirijam à família e não se centrem exclusivamente nas necessidades da criança. Como referem Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990a, p. 2), "A lei advoga a implementação de serviços de intervenção focados na família que actuem nas necessidades educativas da criança pela maximização da eficácia das suas famílias".

Num primeiro momento desta nova abordagem, no modelo "focado na família", esta e o profissional, em colaboração, definem as necessidades da família e a família é encorajada a usar prioritariamente as redes formais de apoio.

Este modelo veio a evoluir para o modelo centrado na família, em que toda a prestação de serviços parte das necessidades e desejos da família, e em que esta é encorajada e fortalecida de modo a ser capaz de satisfazer as suas próprias necessidades, recorrendo às redes formais e informais de apoio

De acordo com McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon e Demmit (1993), estes objectivos gerais decorrem de três princípios de actuação:

- Considerar a família como o foco do serviço.
Este princípio pressupõe que as preocupações de qualquer dos elementos da família podem tornar-se objectivos de intervenção e que as forças de qualquer dos membros devem assumir-se como recursos da intervenção.
- Apoiar a família no que respeita às tomadas de decisão.
Este princípio é essencial para que possa estabelecer-se entre a família e o profissional uma relação de parceria, única que permite que a família se sinta em controlo da situação, permitindo posteriormente a sua autonomização em relação ao técnico.
- Reforçar o funcionamento familiar.
Na prática, este reforço consegue-se proporcionando serviços que aumentem as competências e conhecimentos da família, de forma a que estas possam mobilizar todos os seus recursos.

Muito embora os profissionais, na sua generalidade, estejam de acordo com estes

princípios teóricos, alguns estudos avaliativos realizados nos EUA referem que muitas das práticas estão ainda distantes de um modelo centrado na família.

Mahoney O'Sullivan e Dennenbaum (1990a) propuseram um modelo de intervenção focado na família, segundo o qual consideram que serviços como o envolvimento no sistema de recursos, a informação, as actividades de ensino para a família, o apoio pessoal e familiar e a orientação, vão influenciar directamente a competência da família a nível do seu funcionamento, capacidades parentais para enfrentar a situação, competência a nível dos cuidados a prestar à criança e disponibilidade para esta, os quais estão directamente relacionados com a competência desenvolvimental da criança: "O conceito subjacente à intervenção focada na família é que o funcionamento da criança pode ser optimizado quando se providenciam serviços no sentido de aumentar a competência das suas famílias" (Mahoney, O'Sullivan, & Dennenbaum, 1990a, p. 2)

Os mesmos autores consideram que os pais podem descrever, avaliar e caracterizar o apoio de que beneficiam em termos da quantidade de serviços focados na família que recebem.

Entre nós, é reduzida a investigação em intervenção precoce. Salientamos no entanto os trabalhos de carácter teórico de Almeida (1997b), Leitão (1989a, 1989 b) e de Pimentel (1999) e os de carácter teórico-prático de Almeida, Felgueiras e Pimentel (1997), Coutinho (1996, 1999), Martins (1999) e Veiga (1995).

Em 1999, no âmbito do projecto de doutoramento, demos início a uma investigação sobre as características do trabalho de apoio educativo a crianças em idade pré-escolar com necessidades educativas especiais no distrito de Lisboa. Tornou-se-nos evidente que a investigação dos efeitos dos programas de intervenção precoce tem de envolver múltiplos aspectos. Numa filosofia de intervenção centrada na família, pareceu-nos no entanto que são componentes essenciais desse processo de avaliação a percepção que os pais têm dos serviços de intervenção precoce (e do seu grau maior ou menor de "centração" na família) bem como a sua satisfação relativamente às práticas desenvolvidas. Foi essa a linha de investigação que seguimos.

Após uma extensa revisão de literatura sobre os instrumentos que, nos Estados Unidos da América, eram utilizados para avaliar percepções maternas sobre os serviços de intervenção precoce e satisfação parental, verificámos que na sua maior parte eles reflectiam práticas centradas na família que estão ainda muito longe de ter uma implementação efectiva entre nós.

Assim, e porque nos interessava que o instrumento utilizado permitisse diferenciar a qualidade dos vários projectos que pretendíamos avaliar, optámos por seleccionar a Family Focused Intervention Scale (FFIS) de Mahoney O'Sullivan e Dennenbaum (1990a). A nossa escolha deve-se não só ao facto de nos identificarmos com o modelo teórico proposto pelos seus autores e já acima referido, como por considerarmos que os itens que compõem a FFIS reflectem práticas que são já habituais em muitos dos nossos serviços e projectos de intervenção precoce. Para além destes aspectos, havia um trabalho de validação da escala nos EUA e vários trabalhos empíricos com objectivos semelhantes aos que nos propunhamos, em que a FFIS tinha sido usada com bons resultados (Filer & Mahoney, 1996; Mahoney, O'Sullivan, & Dennenbaum, 1990b; Mahoney & Filer, 1996).

Na sua versão original, a FFIS é composta por 37 itens agrupados em 5 subescalas:

- Envolvimento no sistema de recursos — os itens que compõem esta subescala relacionam-se com serviços que ajudam os pais a encontrar resposta adequada no âmbito dos PIP (informação sobre legislação, direitos, serviços de orientação e coordenação, etc.).

Exemplos de itens desta subescala são:

- o programa ajuda-a a saber lutar, com a informação necessária, pelos direitos do seu filho;
- o programa ajuda-a a escolher o contexto educativo futuro para o seu filho (jardim infantil, ama, escola regular, escola especial, etc.);
- o programa orienta-a para outros programas, como centros especializados ou escolas;
- o programa ajuda-a a saber lidar com o sistema de ensino e de apoio a crianças como o seu filho.
- A consistência interna desta subescala é de 0,89.

- Informação — os itens que compõem esta subescala relacionam-se com serviços que informam os pais sobre a deficiência, saúde, desenvolvimento actual e previsível da criança, assim como sobre o funcionamento e filosofia dos PIP.

Exemplos de itens desta subescala são:

- o técnico discute consigo os objectivos globais do PIP;
- o técnico fala-lhe sobre a saúde do seu filho;
- o técnico fala-lhe sobre o desenvolvimento do seu filho;
- o técnico explica-lhe os resultados dos testes;
- A consistência interna desta subescala é de 0,85.

- Actividades de ensino para a família — os itens que compõem esta subescala relacionam-se com serviços que dão informação e apoio sobre actividades que os pais podem desenvolver em casa com os seus filhos.

Exemplos de itens desta subescala são:

- o técnico mostra-lhe como ajudar o seu filho a desenvolver-se;
- o técnico mostra-lhe como deve brincar com o seu filho;
- o técnico dá-lhe um plano de trabalho para realizar ao longo do mês/semana;
- o técnico avalia como é que você brinca e interage com o seu filho;
- A consistência interna desta subescala é de 0,86.

- Apoio pessoal e familiar — os itens que compõem esta subescala relacionam-se com serviços que informam sobre serviços de aconselhamento e vários tipos de apoio social que ajudem as famílias a suportar melhor o stress psicológico e social que está associado a cuidar de uma criança com deficiência.

Exemplos de itens desta subescala são:

- o técnico pergunta-lhe o que quer para a sua família;
- o técnico mostra interesse em ouvi-la acerca da sua família e não só acerca do seu filho;

- o técnico ajuda-a a obter ajuda de amigos e vizinhos;
- o técnico ajuda-a nos seus problemas pessoais;
- A consistência interna desta subescala é de 0,82.
- Orientação — Os itens que compõem esta subescala relacionam-se com serviços que ajudam a família a encontrar recursos financeiros, médicos, de guarda, que podem ser necessários para os cuidados diários dos seus filhos.
Exemplos de itens desta subescala são:
 - o técnico encaminha-a para outros profissionais como assistentes sociais ou outros técnicos;
 - o técnico ajuda-a a obter subsídios a que tem direito;
 - o técnico ajuda-a a encontrar transporte para os apoios, se necessário;
 - A consistência interna desta subescala é de 0,78.

Os itens são cotados numa escala de Likert de 6 pontos, em que 1 corresponde a “nunca” e 6 corresponde a “sempre”. A nota final da escala é a média das cinco subescalas.

Na adaptação portuguesa a que chamamos escala de intervenção focada na família (EIFF), sentimos a necessidade de acrescentar nove novos itens que referem serviços semelhantes e que, nocionalmente, poderiam integrar-se nas várias subescalas originais, e introduzimos um novo item de satisfação geral.

O objectivo deste trabalho é apresentar os procedimentos conducentes à adaptação e validação da EIFF para uma amostra de mães e profissionais de crianças apoiadas em intervenção precoce/apoio educativo no distrito de Lisboa.

Método

Depois de obtida a autorização da Direcção Regional de Educação de Lisboa, contactámos todos os coordenadores de todos os serviços que prestam apoio a crianças com necessidades educativas especiais em idade pré-escolar no distrito de Lisboa: 19 equipas de coordenação de apoios educativos do Ministério da Educação, 6 cooperativas de ensino especial apoiadas pelo Ministério da Educação e 6 instituições privadas de solidariedade social com acordos com o Ministério da Solidariedade Social. Solicitámos que assinalassem todas as crianças, em situação de risco biológico ou com deficiência, que tinham apoio iniciado no ano lectivo 1998/99 e o mantinham em 1999/2000.

Foram sinalizados 246 casos, dos quais 53 não participaram no estudo, quer por indisponibilidade dos técnicos, quer por impossibilidade de contacto com os pais, quer ainda por falta de colaboração destes, o que equivale a uma mortalidade na amostra de 21,5%.

A amostra final ficou pois constituída por 193 pais/mães e 128 técnicos que trabalhavam directamente com as crianças em situação de risco biológico ou com deficiência desde o ano lectivo anterior ao da recolha de dados.

Caracterização das mães/pais

Às entrevistas durante as quais foi preenchida a escala de intervenção focada na família (EIFF) compareceram maioritariamente só as mães (165 casos, a que corresponde uma percentagem de 85,5%); em 12 casos (6,2%) ambos os pais compareceram, em 6 casos (3,1%) apenas o pai respondeu e, finalmente, em 10 casos (5,2%) a recolha de dados foi feita com outros familiares, que são os responsáveis pelas crianças.

Relativamente à idade, a média de idades das mães era de 33,24 anos e a dos pais de 36,52 anos. A média de escolaridade das mães era de 8,89 anos e a dos pais de 8,54 anos. Falta-nos informação relativamente a quatro pais, por se encontrarem separados das mães ou terem já falecido, pelo que o número de pais é de apenas 189. Para um maior pormenor relativamente à escolaridade, apresentamos o quadro 1.

No que respeita à situação profissional, apresentamos apenas os dados referentes às mães, visto serem estas os elementos do agregado familiar considerados responsáveis pelo acompanhamento da situação educativa dos seus filhos e acompanhamento aos apoios, sempre que necessário. A maioria das mães (61,8%) exerce uma actividade profissional. A maior percentagem (45,6%) fá-lo com horário completo. As actividades profissionais sujeitas a turnos — caso, por exemplo, das enfermeiras e auxiliares de acção médica — ou com horários que não preenchiam todo o dia — caso das empregadas domésticas e das professoras — foram por nós classificadas como “trabalho com horário flexível” (20,2% da totalidade da amostra), pois não podendo ser consideradas actividades a tempo parcial, permitem que as mães tenham alguma disponibilidade para o acompanhamento dos seus filhos.

Relativamente à situação familiar dos participantes no nosso estudo, verificamos que apenas 10 das crianças (5,2%) não coabitavam com um ou ambos os progenitores, embora tenhamos dados sobre a situação destes.

A maioria dos pais biológicos (169 — 87,6%) são casados ou vivem em união de facto. Apenas em dois casos (1,03%) os pais não vivem juntos, tendo a mãe, com que as crianças vivem, reconstituído família. Nos restantes 22 casos as crianças vivem só com um dos progenitores, por razões diversificadas: há nove situações (4,7%) de mães solteiras que vivem sozinhas, duas situações (1%) de mães viúvas e onze situações (5,7%) de divorciados — dez crianças vivem com as mães, uma vive com o pai.

Quadro 1 Percentagens de mães e pais em função dos níveis de escolaridade completa alcançados (%)

	< 4.º ano	4.º ano	6.º ano	9.º ano	12.º ano	> 12.º ano
Mães	18	36	39	41	21	38
Pais	13	43	37	43	22	31

Caracterização das crianças

As crianças atendidas pelas várias equipas foram caracterizadas segundo os seguintes critérios: sexo, idade à data da entrevista de recolha de dados, idade no início do apoio, tempo de apoio, local de apoio, caracterização diagnóstica e nível de funcionamento

Relativamente ao sexo, a percentagem de rapazes é de 70% e a de raparigas é de 30%. À data da recolha de dados, a média e desvio padrão da idade das crianças eram respectivamente de 54,42 meses e de 17,59 meses. À data do início do apoio, a média e desvio padrão eram respectivamente de 35,89 meses e de 19,04 meses. A média do tempo decorrido entre o início do apoio e a data da nossa primeira entrevista de recolha de dados foi de 17,88 meses e o desvio padrão de 2,98 meses.

Quanto à distribuição das crianças por diferentes grupos etários, à data da recolha de dados, verificamos que 42 (21,76%) tinham entre 13 a 36 meses, 66 (34,20%) entre 37 a 60 meses e 85 (44,04%) tinham mais de 61 meses. Relativamente à data do início do apoio, 25 (12,95%) iniciaram o apoio antes dos 12 meses, 70 (36,27%) entre os 13 e 36 meses, 81 (41,97%) entre os 37 e 60 meses e 17 (8,81%) com mais de 61 meses.

As crianças eram apoiadas no domicílio (33 — 17,10%), num centro ou sede do projecto de intervenção precoce (42 — 21,76%) e na creche/jardim de infância (118 — 61,14%).

Relativamente à situação de risco/deficiência, as crianças que nos foram sinalizadas tinham situações muito diversificadas. Num primeiro momento, caracterizaremos as crianças baseando-nos no diagnóstico atribuído aquando da sinalização inicial e clarificado no âmbito das entrevistas aos pais e técnicos. Esses dados constam do quadro 2.

Independentemente da caracterização diagnóstica inicial, as crianças apresentavam níveis de funcionamento também diferentes. Assim, através da análise de uma ficha de caracterização do funcionamento, que foi preenchida por pais e por técnicos, pudemos classificar as crianças em dois grandes grupos: situações de

Quadro 2 Caracterização diagnóstica das crianças por tipo de equipa em que são apoiadas

Caracterização diagnóstica	N.º e percentagem
Síndrome de Down	20 (10,4%)
Outras alterações genéticas	13 (6,7%)
Paralisia cerebral	29 (15,0%)
Outras alterações neurológicas	19 (9,8%)
Deficiência auditiva	15 (7,8%)
Autismo	10 (5,2%)
Multideficiência	15 (7,8%)
Atraso de desenvolvimento (risco)	72 (37,3%)
Total	193 (100,0%)

Quadro 3 Caracterização do nível de funcionamento das crianças

Risco		Risco adquirido				Total
Ligeiro	Moderado	Ligeiro	Moderado	Severo	Multideficiente	
54 (28,0%)	21 (10,9%)	33 (17,1%)	37 (19,1%)	33 (17,1%)	15 (7,8%)	193 (100,0%)

risco no desenvolvimento (risco ligeiro ou moderado) e situações de deficiência comprovada (deficiência ligeira, moderada, severa ou multideficiência). Esta diferenciação foi efectuada através da análise das respostas dos técnicos à ficha de caracterização do funcionamento, feita por dois avaliadores independentes, que obtiveram acordo em 86% das situações. São estes os dados que apresentamos no quadro 3.

Caracterização dos profissionais

Como já referimos, participaram no estudo 128 técnicos, a maioria dos quais era apenas responsável por uma das crianças (80 técnicos — 62,5%). No caso de serem responsáveis por mais do que uma criança, esses profissionais preenchem a EIFF relativamente a cada uma, pelo que temos também 193 escalas preenchidas pelos profissionais. Relativamente à categoria profissional dos participantes e respectivo tempo de serviço em intervenção precoce/apoio educativo/educação especial, poderemos analisar o quadro 4.

Como podemos verificar, a grande maioria das crianças tem como técnico responsável uma educadora, sendo nitidamente superior a percentagem de educadoras não especializadas. Os restantes profissionais são responsáveis apenas por 26,6% das crianças.

Quadro 4 Tempo de serviço em intervenção precoce/apoio educativo/educação especial

	Tempo de serviço em intervenção precoce/apoio educativo					Total
	<12 Meses	1 a 3 Anos	3 a 5 Anos	5 a 10 Anos	> 10 Anos	
Educadora especializada	-	6	3	8	22	39 (30,5%)
Educadora não especializada	17	27	7	2	2	55 (42,9%)
Fisioterapeuta	-	1	-	2	1	4 (3,1%)
Terapeuta da fala	2	2	-	2	1	7 (5,5%)
Terapeuta ocupacional	1	3	1	5	-	10 (7,8%)
TEER	1	3	2	-	-	6 (4,7%)
Psicóloga	1	1	3	1	1	7 (5,5%)
Total	22 (17,2%)	43 (33,6%)	16 (12,5%)	20 (15,6%)	27 (21,1%)	128 (100%)

Procedimentos

Dado que a validação da escala de intervenção focada na família (EIFF) faz parte de um estudo de investigação mais abrangente, a recolha de dados foi feita por entrevista, no final da qual foi preenchida a EIFF traduzida e adaptada por nós. A EIFF foi preenchida, num primeiro momento, de acordo com os serviços que a família considerava ter recebido ou estar a receber e, num segundo momento, de acordo com a importância atribuída a cada um dos serviços. O preenchimento da escala foi sempre feito na nossa presença, para que pudessem ser esclarecidas quaisquer dúvidas relativamente ao conteúdo dos itens da escala. No caso de mães com um nível de escolaridade muito baixo, cada item era lido e explicado por nós, tendo sido sempre assegurado que o sentido da questão e o tipo de resposta prevista na escala era bem compreendido.

O procedimento para cada técnico foi em tudo semelhante. A escala de intervenção focada na família foi preenchida, num primeiro momento, tendo em conta os serviços que os técnicos consideravam ter prestado ou estar a prestar à família e, num segundo momento, tendo em conta a importância que lhes atribuíam. Como já vimos, alguns dos técnicos eram responsáveis por mais do que uma criança participante no estudo. Nesses casos, por opção dos técnicos, foi feita apenas a entrevista respeitante a uma das crianças, bem como o preenchimento da escala de intervenção focada na família e a ficha de caracterização do funcionamento da criança a ela referente, preenchendo o técnico posteriormente os instrumentos referentes às demais crianças participantes no estudo.

A recolha de dados foi realizada entre Março e Julho de 2000 com os técnicos, e entre Março e Setembro de 2000 com os pais. Nos poucos casos de pais entrevistados depois de Julho, foi solicitado que se referissem apenas à situação vivida nos anos lectivos a que se referia o estudo (1998/99 e 1999/00).

A recolha contou com a participação de uma psicóloga estagiária que, no ano lectivo anterior, sob a nossa orientação, tinha feito, com os mesmos instrumentos o seu trabalho de fim de curso, e de duas alunas finalistas de psicologia, que assim recolheram dados para a sua monografia, e que foram devidamente preparadas por nós antes de iniciarem as entrevistas. De salientar no entanto que as entrevistas realizadas pelas três colaboradoras não excederam os 33% da amostra, tendo todas as outras sido realizadas por nós próprios.

Resultados

Embora, como já referimos, pais e profissionais tenham preenchido a EIFF, quer relativamente aos serviços recebidos/prestados quer relativamente à importância atribuída, os resultados de análise factorial da escala que seguidamente apresentamos referem-se somente aos serviços recebidos/prestados.

Tendo acrescentado dez itens à escala original, ficando portanto a versão

portuguesa com 47 itens, fizemos uma análise factorial confirmatória, pedindo cinco factores a fim de verificar se os itens se distribuíam pelas cinco dimensões referidas por Mahoney, O'Sullivan e Dannenbaum (1990a).

Num primeiro momento, dado o elevado número de itens da escala e o número de sujeitos participantes no nosso estudo — inferior aos 503 sujeitos participantes no estudo em que Mahoney e colaboradores fizeram a validação —, juntámos os resultados dos pais e técnicos, fazendo depois a mesma análise para pais e técnicos separadamente. Nesta análise factorial confirmatória, verificámos que a distribuição dos itens pelos cinco factores era, não só completamente diferente da distribuição na escala original, como era muito diferente consoante se tomavam pais e técnicos em conjunto ou separadamente. De facto, os itens das cinco dimensões da escala original misturaram-se e redistribuíram-se em cinco factores, dos quais apenas dois se podiam considerar coerentes do ponto de vista conceptual e cujos itens se mantinham constantes, quer para os pais e técnicos em conjunto quer quando analisados separadamente. Tal como anteriormente referimos, os trabalhos de Filler e Mahoney (1996) e de Mahoney e Filer (1996), comparando embora as percepções de pais e técnicos, não referem qualquer validação da escala para os técnicos. Tendo em conta os objectivos globais do nosso trabalho de investigação, em que pretendíamos comparar as respostas dos pais e dos técnicos, parecia-nos no entanto que a validação da escala em Portugal deveria ser feita para pais e técnicos, pois só assim poderíamos ter a garantia de que as suas respostas poderiam ser comparadas.

Optámos assim por proceder a uma análise factorial exploratória. Numa análise de componentes principais com rotação *varimax*, obtivemos, para os serviços recebidos/prestados, oito factores, aos quais estava associada 61,74% da variância da escala. Verificava-se no entanto que o primeiro factor explicava 33,88% da variância, o segundo factor 6,457%, tendo os restantes um peso diminuto, havendo também diversos itens que contribuía de forma semelhante para mais do que um factor. Dado que o oitavo factor continha apenas três itens, repetimos a análise de componentes principais “obrigando” agora a sete factores. Verificámos uma vez mais que os dois primeiros factores explicavam respectivamente 37,949% e 6,445% da variância da escala.

Fizemos em seguida uma análise de componentes principais com rotação *varimax*, para a amostra dos 193 pais e 193 técnicos separadamente. Para cada uma destas análises, surgiu um número diferente de factores: nove no caso dos pais e onze no caso dos técnicos. Também nesta análise verificámos que era aos dois primeiros factores que estava associada a variância mais significativa.

Tal como tínhamos feito para os pais e técnicos em conjunto, repetimos a análise de componentes principais “obrigando” agora a sete factores. No caso dos pais, os sete factores explicavam 61,093% da variância e no caso dos técnicos 59,061%. No entanto os itens que se agrupavam em cada um dos factores, quando juntávamos pais e técnicos ou quando analisávamos só pais e só técnico, eram bastante diferentes, o que, como acima referimos, nos parecia poder comprometer as conclusões a retirar de qualquer comparação entre as respostas dos pais e dos técnicos.

Embora nos parecesse que eram os dois primeiros factores que explicavam a maior parte da variância, tentámos ainda uma análise factorial “obrigando” a três factores, começando por tratar os dados dos pais e técnicos em conjunto e separadamente. Mais uma vez os itens se organizavam de forma diferente em cada um dos factores, quando juntávamos pais e técnicos ou quando analisávamos só pais e só técnicos separadamente. Nos três factores encontrados, não parecia haver também coerência do ponto de vista nocional.

Tendo em conta este último aspecto, bem como o facto, acima assinalado, de que sistematicamente aos dois primeiros factores estava associada uma percentagem elevada da variância total da escala, repetimos todas as análises obrigando a dois factores.

Quando fizemos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* para os resultados dos pais e técnicos em conjunto, a solução encontrada apresentou um valor de adequação da amostra de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,951, e aos dois factores estava associada 44,39% da variância total. A solução dos dois factores foi encontrada em três iterações. Quando fizemos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* para os resultados dos pais tomados separadamente, a solução encontrada apresenta um valor de KMO de 0,927 e aos dois factores está associada 45,13% da variância total. A solução dos dois factores foi encontrada em três iterações. Finalmente quando fizemos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* para os resultados dos técnicos tomados separadamente, a solução encontrada apresenta um valor de KMO de 0,885 e aos dois factores está associada 40,09% da variância total. A solução dos dois factores foi também encontrada em três iterações.

Quarenta dos quarenta e sete itens da nossa escala permanece no mesmo factor, quer quando a análise é feita em conjunto ou separadamente para pais e técnicos. Assim decidimos eliminar os sete itens e refazer a análise com uma escala de 40 itens, em que, quer para os pais e técnicos em conjunto, quer para cada um dos grupos separadamente, os dois factores encontrados são constituídos pelos mesmos itens.

Embora a escala original tenha o mesmo número de itens, a nossa escala não é completamente sobreponível, já que dos itens eliminados apenas um tinha sido introduzido de novo por nós. Os outros itens eliminados eram da escala original. Assim, na nossa versão, ficámos com seis itens novos, que vêm substituir os agora eliminados.

Tal como se poderia prever, uma vez que a nossa escala tem apenas dois factores e que a escala original tem cinco, os itens desses cinco factores agruparam-se. No entanto, no primeiro factor, e com apenas algumas excepções de itens que estavam na dimensão “apoio pessoal e familiar”, juntaram-se todos os itens da “informação” e das “actividades de ensino aos pais” que remetem para serviços que se referem especificamente a trabalho com a criança ou troca de informação sobre a criança, pelo que denominaremos este factor “serviços focados na criança”. No segundo factor, agruparam-se os itens de “apoio pessoal e familiar”, “envolvimento no sistema de recursos” e “orientação”, que remetem para serviços mais

Quadro 5 Fiabilidade da EIFF: serviços recebidos pelos pais e serviços prestados pelos técnicos

	Pais e técnicos (n=386)		
	Média dos itens	Desvio padrão dos itens	Alfa de <i>cronbach</i>
Escaia total (40 itens)	3,50	1,03	0,96
1.º Factor (22 itens)	3,81	1,11	0,94
2.º Factor (18 itens)	3,11	1,13	0,91

Quadro 6 Fiabilidade da EIFF: serviços recebidos/prestados. Resultados dos pais e dos técnicos tomados separadamente

	Serviços recebidos pelos pais (n=193)			Serviços prestados pelos técnicos (n=193)		
	Média dos itens	Desvio Padrão	Alfa de <i>cronbach</i>	Média dos itens	Desvio Padrão	Alfa de <i>cronbach</i>
Escala total (40 itens)	3,20	1,14	0,96	3,80	0,81	0,94
1ª Factor (22 itens)	3,55	1,28	0,95	4,07	0,85	0,93
2ª Factor 18 itens)	2,76	1,16	0,91	3,47	0,97	0,90

descentrados da criança e que proporcionam à família apoio, quer nos seus problemas pessoais quer relativamente à orientação e utilização de outros recursos, pelo que passará a ser denominado “serviços focados na família”. Assim, e embora não haja qualquer outra informação teórica disponível sobre esta escala a não ser os artigos de Mahoney e colaboradores que referem sempre as cinco dimensões, pensamos que os dois factores encontrados remetem de facto para duas dimensões diferentes e complementares dos serviços de apoio a crianças em idade pré-escolar com necessidades educativas especiais e respectivas famílias.

Quando fizemos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* para os resultados dos pais e técnicos em conjunto, a solução encontrada apresentou um valor de KMO de 0,944 e aos dois factores estava associada 45,16% da variância total. Quando fizemos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* para os resultados dos pais tomados separadamente, a solução encontrada apresenta um valor de KMO de 0,915 e aos dois factores está associada 45,16% da variância total. Finalmente quando fizemos uma análise de componentes principais com rotação *varimax* para os resultados dos técnicos tomados separadamente, a solução encontrada apresentou um valor de KMO de 0,884 e aos dois factores estava associada 41,60% da variância total. A solução dos dois factores foi sempre encontrada em três iterações.

Passámos então a analisar a validade da escala de 40 factores, procedendo, como anteriormente fizemos, isto é, analisando inicialmente em conjunto todos os participantes e depois separadamente os pais e os técnicos.

Como podemos verificar nos quadros 5 e 6, os valores de alfa de Cronbach

encontrados, quer para a escala completa quer para o primeiro e segundo factores, são suficientemente elevados para podermos considerar que a escala é válida para os participantes deste estudo.

Embora nos estudos de Mahoney e colaboradores não haja qualquer referência ao estudo da fiabilidade da escala quando a resposta solicitada aos participantes se refere à importância atribuída aos serviços, pareceu-nos importante fazer esta análise, já que no âmbito da nossa investigação iríamos comparar as respostas dos sujeitos em função dos serviços recebidos/prestados e da importância que pais e técnicos lhes atribuem.

Como podemos verificar, embora os valores de alfa encontrados para a escala de importância sejam ligeiramente mais baixos do que os anteriores, são ainda suficientemente elevados para podermos considerar que a escala de importância é também válida para os participantes deste estudo.

Discussão dos resultados e implicações para as práticas de intervenção precoce

Embora tenhamos conhecimento de que em vários programas de apoio se utilizam várias escalas relacionadas com as práticas de intervenção precoce, que têm sido traduzidas pelos próprios serviços que as utilizam, não temos conhecimento que tenha havido qualquer adaptação de uma escala deste tipo para população utente dos nossos programas de apoio precoce.

A análise factorial, quer das respostas das mães quer das respostas dos profissionais à escala de intervenção focada na família (EIFF), indicam que há dois factores sensíveis à variação dos serviços de intervenção focados na família, e que esses dois factores têm elevada coerência interna, podendo portanto concluir-se que este é um instrumento válido para ser usado com os pais que recebem serviços de apoio educativo precoce no distrito de Lisboa. E também com os técnicos que prestam esses mesmos serviços.

O facto de a escala ter sido validada para pais e técnicos separadamente — como anteriormente vimos os itens de cada um dos dois factores mantêm-se constantes na amostra dos pais e dos técnicos — permite também comparar as suas percepções e analisar a discrepância que eventualmente surja nas respostas de uns e outros.

A escala de intervenção focada na família pode ser usada a nível da avaliação para a análise das percepções dos serviços recebidos (pelos pais) e identificação das “forças” e “fraquezas” dos serviços focados na família, assim como para a comparação relativamente às percepções do técnico relativamente aos serviços que considera prestar a essa criança/família. Em avaliações sucessivas, será também possível comparar como evoluem as percepções dos pais e o impacte que o programa de intervenção vai tendo na própria prestação de serviços.

Relativamente à escala de importância, as respostas dadas pelos pais

Quadro 7 Fiabilidade da EIFF: importância atribuída pelos pais e serviços prestados pelos técnicos

	Pais e técnicos (n=386)		
	Média dos itens	Desvio padrão dos itens	Alfa de Cronbach
Escala total (40 itens)	4,49	0,65	0,93
1.º factor (22 itens)	5,12	0,59	0,89
2.º factor (18 itens)	4,73	0,88	0,91

Quadro 8 Fiabilidade da EIFF: importância atribuída. Resultados dos pais e dos técnicos tomados separadamente

	Serviços recebidos pelos pais (n=193)			Serviços prestados pelos técnicos (n=193)		
	Média dos itens	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Média dos itens	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Escala total (40 itens)	4,74	0,73	0,93	5,15	0,48	0,94
1º factor (22 itens)	5,01	0,64	0,89	5,23	0,47	0,88
2º factor 18 itens)	4,41	0,99	0,89	5,04	0,60	0,92

dizem-nos quais são os serviços que consideram mais importantes e que mais desejam, o que, por comparação com os serviços que percebem receber, nos dá uma discrepância que pode ser considerada como uma medida indirecta de satisfação parental, e que deverá ser adequadamente valorizada no âmbito da intervenção individualizada.

Mas para além do uso em situações individuais, a escala de intervenção focada na família pode ser usada no âmbito de estudos de investigação a dois níveis: por um lado, o uso desta escala com os utentes de um determinado programa ou serviço permitirá ao seu coordenador saber até que ponto os serviços estão a ser prestados de forma focada na família, indo portanto encontrar práticas actualmente recomendadas; por outro lado, a correlação entre os valores obtidos na EIFF e as mudanças observadas no funcionamento da criança e da família poderá servir como uma outra medida de avaliação do impacto e eficácia da intervenção precoce.

Este tipo de informação parece de particular importância num momento em que, em Portugal, se procura implementar uma legislação que, consagrando os princípios básicos e as práticas recomendadas em intervenção precoce/educação infantil especializada, seja adequada às condições em que se prestam esses apoios e às necessidades e prioridades das famílias que recebem estes serviços.

Referências

- Almeida, I. C. (1997a). Perspectiva ecológica em intervenção precoce. *Cadernos do CEACF*, 13-14, 29-40.
- Almeida, I. C. (1997b). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Cadernos do CEACF*, 13-14, 51-65.
- Almeida, I. C. (2000a). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce — caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF*, 15-16, 29-46
- Almeida, I. C. (2000b). A importância da intervenção precoce no actual contexto sócio-educativo. *Cadernos do CEACF*, 15-16, 55-74.
- Almeida, I. C.; Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (1996/97). Algumas conclusões do estudo avaliativo referente à implementação do programa Portage em Portugal. *Cadernos do CEACF*, 13-14, 67-77.
- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso da intervenção precoce. *Inovação*, 7, 37-48.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: History, Theory and Methods* (Vol 1, pp. 357-414). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Coutinho, M. T. (1996). Intervenção precoce: Dificuldades, necessidades e expectativas das famílias. *Integrar*, 10, 5-16.
- Coutinho, T. B. (1999). *Intervenção precoce — Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com Síndrome de Down*. Tese de Doutoramento não publicada. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Dunst, C., Johanson, C., Trivette, C., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Felgueiras, I. (1997). Modelos de intervenção precoce em crianças com necessidades educativas especiais. *Cadernos do CEACF*, 13-14, 23-28.
- Filer, J. D., & Mahoney, G. J. (1996). Collaboration between families and early intervention service providers. *Infant and Young Children*, 9 (2), 22-30.
- Leitão, F. R. (1989a). A avaliação de programas de intervenção educativa precoce. *Educação Especial e Reabilitação*, 1 (1), 43-50.
- Leitão, F. R. (1989b). A avaliação de programas de intervenção educativa precoce. *Educação Especial e Reabilitação*, 1 (2), 54-66.
- Mahoney, G., O'Sullivan, P., & Dennenbaum, J. (1990a). Maternal perceptions of early intervention services: A scale for assessing family-focused intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10 (1), 1-15.
- Mahoney, G., O'Sullivan, P., & Dennenbaum, J. (1990b). A national study of mother's perceptions of family-focused early intervention. *Journal of Early Intervention*, 14 (2), 133-146.
- Mahoney, G., & Filer, J. (1996). How responsive is early intervention to the priorities and needs of families. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16 (4), 437-457.

- Martins, A. P. (1999). O envolvimento familiar em intervenção precoce: Percepções dos pais e dos educadores de infância. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- McBride, S. L., Brotherson, M. J., Joanning, H., Whiddon, D., & Demmit, A. (1993). Implementation of family-centered services: Perceptions of families and professionals. *Journal of early intervention*, 17 (4), 414-430.
- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 143-152.
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (1998). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Org.), *Envolvimento parental em intervenção precoce* (pp. 11-32). Porto: Porto Editora.
- Veiga, M. E. (1995). *Intervenção precoce e avaliação: Estudo introdutório*. Porto: O Fio de Ariana.

Family focused intervention scale: Validation study in a Portuguese sample (abstract) In this paper we present an adaptation of the Family Focused Intervention Scale (Mahoney, O'Sullivan & Dennenbaum, 1990a). The scale was completed by 193 mothers of handicapped and at-risk children and 128 professionals that supported them in early intervention programmes. All the participants were from the Lisbon county and the professionals were members of various teams. Mothers and professionals completed the scale twice: first indicating the services that were actually being provided and the second time indicating the degree of importance attributed to each service. A factorial analysis of the responses indicated that the items assessed two independent factors: child focused services and family focused services. The items belonging to each sub-scale remained constant when considering the responses of all the participants or when using only mother's or professionals' responses. Cronbach Alpha indicated that each of the sub-scales was reliable for the services actually being provided and for the degree of importance attributed to each service.