

Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem

Helping relational competencies in nursing students

Manuela Maria Conceição Ferreira *

José Tavares **

João Duarte ***

Resumo

O presente artigo descreve os passos seguidos na construção de uma escala de competências relacionais de ajuda (ICRA) – os itens que a integram foram seleccionados após consulta bibliográfica de autores de relevo nesta matéria que, depois de analisados e de verificadas as suas propriedades métricas, deram origem a uma escala de competências relacionais de ajuda com quatro factores. O estudo foi realizado com uma amostra de estudantes de Enfermagem da zona centro do país.

A consistência interna da escala revelou-se muito boa.

Palavras-chave: competências relacionais de ajuda

Abstract

This article describes the steps taken in the building of a helping relational competencies scale (HRCS); the items were selected after a bibliographic research among the most important authors involved in this matter; we analysed and verified its metric properties, which originated a helping relational competencies scale with four factors. The study took place with a sample of Nursing students from the middle part of the country.

The scale's internal consistency revealed to be very good.

Keywords: Helping relational competencies

* Doutorada em Ciências da Educação e Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu.

** Doutorad em Ciências da Educação e Professor Catedrático da Universidade de Aveiro.

*** Doutorando em Saúde Mental e Psiquiátrica e Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Recebido para publicação em 26-01-06.
Aceite para publicação em 07-03-06.

Introdução

O desconhecimento da existência de um instrumento no país ou no estrangeiro desenvolvido com a finalidade de avaliar as competências relacionais de ajuda determinou o esforço da sua construção original. Embora este estudo, sendo o primeiro, não constitua a validação definitiva deste instrumento, poderemos aceitar que os resultados psicométricos obtidos representam a sua validação inicial.

A designação de “inventário”, deve-se ao facto do instrumento permitir mais que uma pontuação global com interesse (Vaz Serra, 1994). Foi criado como uma escala tipo Likert em que cada item permite uma variação de resposta entre 1 e 7, sendo 1 a máxima discordância e 7 a máxima concordância.

A construção do inventário foi precedida de uma revisão de literatura sobre a relação de ajuda no cuidar em Enfermagem, em primeira linha no sentido da sua análise conceptual. Resultou da consulta de autores como Lazure (1994), Chalifour (1989, 1993), e, das reflexões pessoais sobre o significado do conceito e ainda da análise dos relatórios de diversas investigações de teor

fenomenológico, realizadas no nosso país no âmbito de mestrados e doutoramentos, para identificação da valorização que os enfermeiros fazem dos vários componentes do *constructo relação de ajuda no cuidar em Enfermagem*.

Com base nestas pesquisas elaborámos um primeiro inventário, composto por 92 afirmações que descreviam os aspectos mais importantes a considerar na intervenção de ajuda e que nos permitiram avaliar o problema em estudo. Foi por nós designado de Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA).

Segundo Richardson, citado por Fortin (1999, p. 230), “quanto mais enunciados há numa escala, mais elevada será a sua fidelidade”¹. A sua organização foi baseada numa análise conceptual e foram considerados os critérios de maior clareza, diminuição da redundância e representatividade temática, no sentido de assegurar a validade do conteúdo (Fortin, 1999). A autora diz ainda que a amostra de enunciados do domínio deve ser suficientemente ampla e representativa para permitir inferências.

Assim, a construção do ICRA teve por base os pressupostos descritos no quadro 1.

QUADRO 1 – Base conceptual do ICRA

Sub-escalas	Conceitos	Exemplo de itens
Competências Genéricas	CONHECIMENTOS – O saber refere-se à capacidade científica de atender as necessidades em cuidados de enfermagem específicos a cada pessoa. - Conhecimentos de si - Conhecimentos profissionais	- Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.
Competências de Contacto	HABILIDADES DE INTERACÇÃO – O modo como o enfermeiro coloca, comunica e toca no utilizador dos cuidados de saúde influencia o conteúdo das trocas entre ambos. - Olhar - Toque - Distâncias - Escuta - Meios de Comunicação	- A distância que adopto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim. - No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.
Competências de Comunicação		
Competência Empática	ATTITUDES DE INTERACÇÃO – Atitude pela qual o enfermeiro reconhece o utilizador dos cuidados de saúde como único, compreende o seu ponto de vista e aceita o seu mundo. - Compreensão empática - Respeito caloroso - Autenticidade - Especificidade	- Na compreensão empática procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.

¹ A fidelidade designa a precisão e a constância com que o instrumento fornece resultados comparáveis em situações comparáveis.

A relação de ajuda é uma forma de intervenção guiada por saberes e técnicas e manifestada por comportamentos e atitudes do profissional (Santos, 2000). É por isso um processo dinâmico que se desenvolve num dado tempo e espaço. É uma experiência ou uma série de experiências únicas entre a pessoa que facilita a ajuda e outra que deseja e necessita ser ajudada. Pressupõe uma maneira especial de agir no quadro das relações interpessoais em que cada pessoa tem necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade.

Para Watson (2002: 129):

“o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais ou potenciais, conhecimentos e compreensão das necessidades individuais; saber como dar resposta às necessidades dos outros; conhecimentos das nossas forças e limitações, o significado da situação para ele; o conhecimento sobre como confortar, oferecer compreensão e conforto”

Só através da sua relação com o outro, o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais como segurança, estabilidade, amor e pertença, auto estima e auto realização. A palavra relação implica a presença de um elo de ligação, de contacto, de uma forma de coexistência. Lazure (1994: 14) ao referir-se ao enfermeiro como “**ser em relação**” diz que para além da presença física implica todo o seu ser, o seu tempo, a sua competência e a sua capacidade de escuta e compreensão. Em relação de ajuda, o utilizador dos cuidados de saúde deve experimentar, durante toda a relação, o sentimento de ser aceite pelo enfermeiro.

A prática de cuidados de Enfermagem como uma interacção humana pode levar a que os técnicos se sintam impreparados e inseguros. Assim, da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comporta-

mentos e competências ligados às funções de contacto (o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo, a escuta e os meios de comunicação). O desenvolvimento destas competências é fundamental no exercício da Enfermagem.

Para além do referido quadro teórico que deu suporte à construção do instrumento de medida seguiram-se as diferentes fases de validação.

Material e Método

A amostra utilizada para validar o ICRA foi constituída por 314 estudantes da formação inicial em Enfermagem das escolas públicas da zona centro do país. Como critério de inclusão na amostra deveriam ter, pelo menos, 1 experiência clínica em contexto hospitalar. O instrumento foi aplicado colectivamente às turmas durante o horário lectivo normal.

Estudo psicométrico do ICRA

Para avaliarmos as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, necessitamos de efectuar estudos de **fiabilidade e validade**, que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar.

Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efectuada neste nosso estudo na medida em que constituindo este inventário um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade (Vaz Serra, 1994, p.55).

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a

prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzido realizando os seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994);
- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach tanto para os factores como para o total da escala – Este indicador permite medir a variância devido à heterogeneidade dos itens;
- Determinação da correlação de split-half. Constitui uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade;
- Comprovação de que os itens não são sensíveis a diferenças de sexos – A comprovação de que os itens não são sensíveis a diferenças de sexo, é um procedimento importante na medida em que pretendemos criar um inventário que registe os aspectos comuns e não as formas diferentes de expressão das atitudes /percepções dos participantes neste estudo.

Os **estudos de validade** dão apreço a três aspectos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Dentro destes, a validade de constructo subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão “*em que medida este instrumento mede realmente o constructo que procura medir?*” Neste contexto, a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor, se evidenciam como superiores às provas contrárias.

Recorremos ao julgamento de especialistas a fim de assegurar que o instrumento que construímos é representativo do domínio que ele deseja avaliar (Fortin, 1999).

A versão inicial do ICRA foi submetida a apreciação de oito docentes a frequentar o curso de doutoramento em ciências de educação da Universidade de Aveiro e ainda a um doutorado cuja linha de investigação se enquadra nas questões relacionais e a três mestres cujas investigações desenvolvidas se enquadram no âmbito do cuidar. Foi pedido a cada um que analisasse cada item per si e que fundamentasse a sua análise em quatro critérios fazendo as sugestões que entendessem pertinentes. Os critérios foram os seguintes:

- Está o item relacionado com as interacções humanas;
- Está o item claramente enunciado;
- Está o item repetido;
- Representa o item o conteúdo em análise.

Verificámos existir harmonia² entre o julgamento dos juízes. Calculámos a percentagem de concordância tendo em conta os julgamentos atribuídos a cada item pelos diferentes avaliadores e seguidamente introduzimos as respectivas alterações, sendo eliminados dois itens. Obtivemos um inventário com 90 itens que denominámos de versão experimental.

Continuámos o estudo da validade, utilizando a análise factorial dos itens e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores.

Reis e Moreira (1993), consideram a análise factorial um conjunto de técnicas cujo objectivo é reduzir um número elevado de variáveis a um conjunto menos numeroso de factores que procurem tanto quanto possível reter a natureza das variáveis iniciais. Para Polit e Hungler (1994), trata-se de um procedimento multivariado que, embora incluindo um elevado grau de subjectividade, não deixa de constituir uma ferramenta muito poderosa e com enorme aplicabilidade.

A análise factorial gera equações que são combinações lineares de variáveis. Desenvolve inter-relações complexas com as referidas variáveis

² Segundo Fortin (1999), “a harmonia entre os observadores ou harmonia interjuizes refere-se aos graus de concordância entre os resultados de dois ou mais observadores independentes que utilizaram o mesmo instrumento de medida...”

e vai identificar aquelas com que se inter correlacionam. Deste modo obtém-se uma estrutura que se denomina de factores. Em termos matemáticos, um factor é uma combinação linear de variáveis de dados. Assim, por exemplo, partindo de uma matriz de inter correlação entre as pontuações de **N** pessoas relativas a **K** medidas, procuram-se os “cúmulos” de variáveis com fortes correlações entre si.

As variáveis interrelacionadas nos “cúmulos” permitem determinar o factor que poderia definir-se segundo a seguinte equação linear:

$$F = b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

em que **F** é a pontuação do factor, **X** a “variável” e **b** o “peso” ou “carga” da variável no factor.

A análise factorial consta de duas partes distintas. A primeira consiste em criar uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis. Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por “método dos componentes principais” (Bryman e Cramer, 1992). Este método consiste em analisar toda a variância de um valor ou variável incluindo a variância única, sendo aquele que é preferível em estudos exploratórios. Com o resultado deste procedimento obtemos o que se designa por matriz factorial (Polit e Hungler, 1994).

A matriz assim determinada partilha o máximo de variâncias, tornando difícil a sua leitura e interpretação. Por esse motivo, efectua-se o que se designa por rotação de factores. É o segundo momento da análise factorial. Existem dois tipos de rotação: a oblíqua, pouco usada porque os factores se correlacionam entre si e a ortogonal, a mais usada porque mantém a independência dos factores. Por este último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada factor são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles.

Uma vez seleccionados os factores, a sua rotulação é essencial, pois permite a identificação dos constructos teóricos em estudo.

Para se conseguir uma boa definição de factor convencionou-se que não se deveriam considerar

os itens ou variáveis que tenham correlações “**r**” menores que 0,2 com a nota global, quando esta não contém esse item específico (Striener e Norman, 1989).

Ainda em relação à análise factorial, alguns autores são de opinião de que para haver precisão dos factores dela resultantes terá que se ter em consideração a dimensão da amostra. Embora não haja um consenso sobre a dimensão ideal, Bryman e Cramer (1992) referem que o “**N**” da amostra deve ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca inferior a 100 indivíduos por análise, no entanto, Kline (1994) considera uma proporção de 2 indivíduos por item como suficientes, desde que o rácio indivíduos/n.º de factores não seja inferior a 20:1 e seja constituída por, pelo menos, 100 elementos.

Assim, foi aplicado o ICRA (versão experimental) a 314 alunos da formação inicial em Enfermagem. Dado a dimensão da amostra utilizada para a efectivação da análise factorial e, tendo em consideração o número de itens que constitui a versão experimental da escala em estudo (90 itens), pensamos não se colocarem problemas de validação.

Face ao exposto, vamos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas, seguindo a ordem porque foram enunciados.

Consistência Interna (homogeneidade dos itens)

Ao determinarmos a correlação de cada questão ou item com a nota global pretendíamos saber como cada um se definia como um bom operante do constructo geral que se pretendia medir.

É tradicionalmente utilizado “**α** de Cronbach” em escalas tipo Lickert que autores como Sechrest (1984) e Kline (1993) apontam como o indicador mais importante de fiabilidade de um instrumento.

As correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando essa não contém esse item específico foram positivas e bastante elevadas. Variam entre 0,264 e 0,702, portanto, superior a 0,20, valor considerado de referência (Vaz Serra, 1994). O **α** de Cronbach para o total da escala é de

0,748, sendo para Fortin (1999) o valor standard de 0,7 quando se trata de novas escalas. Os valores encontrados permitem-nos afirmar que o índice Alpha de Cronbach tanto para cada item como para o total da escala se encontra dentro de intervalos considerados normais.

Para além da correlação com o total da escala, o seu efeito sobre o coeficiente Alpha de Cronbach e ainda as suas medidas descritivas fomos verificar, através do teste U de Mann-Whitney, de que modo o sexo discriminava a resposta a cada item. A comprovação de que os itens não são sensíveis a diferenças de sexo é, em nosso entender e como já referimos, um procedimento importante na medida em que pretendemos criar um inventário que registe os aspectos comuns e não as formas diferentes de actuação dos/das estudantes de Enfermagem.

Perante os resultados foram excluídos os itens: 1, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 24, 31, 32, 33, 35, 36, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 59, 60, 61, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 79, 81, por apresentarem diferenças estatísticas significativas. Tendo em conta as dúvidas ou dificuldades manifestadas pelos inquiridos na sua interpretação e resposta foram também eliminados os itens 22, 62, 65.

Pela relevância conceptual que representam e consequentemente pela importância que têm na validade de conteúdo do inventário, apesar de apresentarem diferenças estatísticas altamente significativas, mantivemos os itens 24 e 42.

Com a eliminação dos itens já referidos obtivemos uma versão do inventário reduzida a 51 itens (cf. Quadro 2).

A consistência interna da versão final do inventário, verificamos que é elevada ($\alpha=0,747$) variando a correlação de cada item com o total entre 0,351 e 0,696 (cf. Quadro 3).

Quando determinamos o α eliminando o próprio item, o α mantém-se ou diminui ligeiramente o que nos leva a afirmar que o item é importante para a homogeneidade global, variando este entre 0,741 e 0,744.

O passo seguinte consistiu em determinar pelo método das metades uma correlação para determinar se cada uma das metades dos itens do

QUADRO 2 – Capacidade discriminativa dos itens em função do sexo (U de Man-Whitney) - versão final

Itens	Sexo masculino (n=77)		Sexo feminino (n=237)		P
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
2	5,87	1,14	5,85	1,15	0,963
3	6,17	0,95	6,34	0,97	0,083
4	6,27	1,06	6,44	0,85	0,158
5	6,01	1,36	6,25	1,08	0,240
7	6,21	1,22	6,56	0,70	0,074
13	6,08	1,10	6,15	0,97	0,846
14	6,17	1,23	6,45	0,81	0,136
17	5,32	1,46	5,56	1,18	0,475
20	5,78	1,29	6,02	1,19	0,078
21	5,36	1,61	5,54	1,45	0,444
23	5,01	1,55	4,97	1,70	0,971
24	4,95	1,56	4,38	1,92	0,045
25	4,88	1,46	4,52	1,91	0,353
26	4,17	1,83	3,86	1,90	0,244
27	4,79	1,96	4,62	2,00	0,530
28	5,56	1,39	5,62	1,52	0,373
29	4,66	1,98	4,48	1,98	0,459
30	4,52	2,05	4,72	1,95	0,476
34	5,99	1,27	6,29	1,03	0,059
37	5,66	1,27	5,77	1,02	0,890
38	5,57	1,31	5,51	1,18	0,457
39	5,70	1,25	5,95	0,95	0,195
40	5,51	1,13	5,44	1,13	0,752
41	5,64	1,25	5,62	0,99	0,462
42	6,06	1,14	6,54	0,77	0,000
44	6,08	1,02	6,28	0,94	0,057
46	5,49	1,74	6,02	1,13	0,056
47	5,43	1,49	5,68	1,37	0,220
51	5,52	1,46	5,73	1,34	0,272
52	5,36	1,57	5,68	1,29	0,196
53	5,39	1,49	5,72	1,18	0,153
54	5,49	1,31	5,83	1,06	0,065
55	5,71	1,31	5,92	1,05	0,349
56	5,77	1,18	5,92	1,07	0,347
57	5,71	1,32	5,95	1,07	0,271
58	5,69	1,47	5,90	1,16	0,516
64	4,83	1,66	4,46	1,77	0,127
66	5,58	1,45	5,85	1,23	0,171
72	5,56	1,61	6,03	1,00	0,080
73	5,58	1,52	5,74	1,26	0,670
78	5,82	1,42	6,18	1,07	0,055
80	5,86	1,14	6,05	1,16	0,075
82	5,75	1,48	5,80	1,38	0,987
83	5,66	1,26	5,94	1,02	0,113
84	5,69	1,29	5,85	1,10	0,406
85	5,58	1,29	5,67	1,14	0,821
86	5,16	1,85	5,24	1,75	0,839
87	5,68	1,36	5,81	1,12	0,687
88	5,42	1,39	5,66	1,41	0,094
89	5,65	1,36	5,89	1,04	0,361
90	5,87	1,31	6,15	1,04	0,100

QUADRO 3 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach do ICRA - versão final

Itens	Média	Desvio padrão	Corr. c/total corrigido	α se eliminado item
2	5,86	1,15	0,4163	0,7443
3	6,30	0,97	0,4909	0,7443
4	6,40	0,91	0,5344	0,7442
5	6,19	1,16	0,5322	0,7433
7	6,47	0,87	0,5662	0,7441
13	6,13	1,00	0,5882	0,7434
14	6,38	0,94	0,5368	0,7441
17	5,50	1,25	0,4463	0,7437
20	5,96	1,22	0,5635	0,7428
21	5,50	1,49	0,5257	0,7421
23	4,98	1,67	0,4834	0,7420
24	4,52	1,85	0,5366	0,7407
25	4,61	1,81	0,4853	0,7415
26	3,93	1,88	0,4477	0,7419
27	4,66	1,99	0,3511	0,7430
28	5,61	1,48	0,5363	0,7420
29	4,52	1,98	0,4925	0,7409
30	4,67	1,98	0,4529	0,7415
34	6,22	1,10	0,4663	0,7440
37	5,75	1,08	0,6098	0,7429
38	5,53	1,21	0,5398	0,7430
39	5,89	1,03	0,6387	0,7429
40	5,46	1,13	0,5554	0,7432
41	5,62	1,05	0,5643	0,7434
42	6,43	0,90	0,5955	0,7438
44	6,23	0,97	0,5658	0,7437
46	5,89	1,32	0,6414	0,7415
47	5,62	1,40	0,4977	0,7427
51	5,68	1,37	0,4031	0,7438
52	5,60	1,37	0,4715	0,7431
53	5,64	1,26	0,6322	0,7419
54	5,75	1,14	0,6605	0,7422
55	5,87	1,12	0,5597	0,7432
56	5,89	1,10	0,6573	0,7424
57	5,89	1,14	0,6674	0,7422
58	5,85	1,24	0,6767	0,7416
64	4,55	1,75	0,4254	0,7425
66	5,78	1,29	0,5806	0,7423
72	5,91	1,20	0,6216	0,7423
73	5,70	1,33	0,5909	0,7423
78	6,09	1,17	0,5074	0,7434
80	6,00	1,16	0,5595	0,7430
82	5,79	1,41	0,5481	0,7422
83	5,87	1,09	0,6968	0,7422
84	5,81	1,15	0,6815	0,7420
85	5,65	1,18	0,6515	0,7421
86	5,22	1,77	0,4074	0,7427
87	5,78	1,18	0,6557	0,7421
88	5,60	1,41	0,5285	0,7424
89	5,83	1,13	0,6205	0,7426
90	6,08	1,12	0,5872	0,7429

n=314 Alpha=0,747 n.º itens=51

inventário é tão consistente a medir o constructo como a outra metade, o α obtido da primeira metade foi de 0,8995 e o da segunda metade ligeiramente superior 0,9297. Obtivemos um valor de correlação de Spearman Brown de 0,8792 (cf. Quadro 4) que nos indica a consistência esperada quando se aplica o instrumento a outras amostras.

QUADRO 4 – Estatísticas referentes ao método das metades – Split-half

	Média	Desvio padrão	α
Parte 1	145,3089	18,9223	0,8995
Parte 2	143,3280	19,5779	0,9297

Split-half = 0,8789

Sperman Brown = 0,8792

Estudo de validade

Após estes procedimentos passámos à análise factorial para estudo dos componentes principais seguida de uma rotação “varimax” e eigenvalue superiores a 1, a fim de conhecer as dimensões subjacentes e independentes entre si. Forçámos a rotação a quatro factores. Os itens foram incluídos nas sub-escalas correspondentes aos factores onde obtiveram maiores valores de saturação (cf. Quadro 7). Assim, o primeiro factor é constituído por 20 itens e explica 16,83% da variância total. O segundo factor constituído por 13 itens explica 12,01% da variância, sendo o terceiro factor constituído por 9 itens com 9,62% de uma variância explicada e, por último, o quarto factor também constituído por 9 itens apresenta uma variância explicada de 8,46%. Para a globalidade do inventário, a variância total explicada é de 46,93%, podendo considerar-se, por esse facto, muito boa. (cf. Quadro 5)

QUADRO 5 – Dimensionalidade do ICRA – Versão final

N.º Item	Itens	Factores (saturação)			
		1	2	3	4
2	A qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.	0,592			
3	A qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em comunicar com o outro.	0,629			
4	A sensibilidade intelectual e afectiva que possuo, ajuda-me a compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda.	0,696			
5	Reconhecer as minhas características físicas, sociais, espirituais ajuda-me a tomar conhecimento das minhas limitações.	0,628			
7	Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.	0,704			
13	Ao planificar os cuidados faço-o em função das prioridades fixadas depois destas serem aferidas e validadas com o próprio utilizador dos cuidados de saúde.	0,571			
14	No decurso das intervenções de enfermagem apelo à colaboração do utilizador dos cuidados de saúde.	0,649			
17	O toque permite-me aperceber do grau de satisfação ou de mal estar do utilizador dos cuidados de saúde.	0,509			
20	O toque para mim reveste-se de espontaneidade, intuição e conhecimento.	0,521			
21	Selecciono adequadamente o momento em que a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde deve acontecer.				0,402
23	Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde atendo à distância física a manter como uma forma de comunicação.				0,514
24	Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45cm) quando ajudo o utilizador dos cuidados de saúde nas actividades da vida diária.				0,657
25	Utilizo sobretudo a distância pessoal (45-125cm) quando pretendo fazer uma observação cuidada do utilizador dos cuidados de saúde.				0,759
26	Utilizo a distância social (120-210cm) quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com o utilizador dos cuidados de saúde.				0,739
27	Quando uso a distância pública (360-750cm) as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a comunicação não verbal perde-se.				0,596
28	Quando adopto determinada distância na interacção com o utilizador dos cuidados de saúde respeito a sua origem sócio-cultural.				0,347
29	A distância que adopto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.				0,585
30	A posição física que adopto no contacto com o utilizador dos cuidados de saúde pode ser reveladora da importância que ele tem para mim.				0,494
34	Quando entro em contacto com alguém o primeiro órgão dos sentidos que uso é o da visão.	0,450			
37	Quando uso o olhar como forma de contacto, tenho bem claro o objectivo que pretendo.	0,463			
38	Reconheço a minha habilidade em utilizar o sentido da visão tendo em conta os desconfortos que a ele podem estar associados.	0,490			
39	Desenvolvo na minha prática a capacidade de compreensão do significado e valor dos dados percebidos e observados.	0,611			
40	Quando observo distingo os factos reais das impressões subjectivas.	0,486			
41	Tenho a capacidade de detectar quando o utilizador dos cuidados de saúde quer dirigir a minha atenção para aspectos secundários.	0,482			
42	No processo de comunicação atendo às expressões não verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal.	0,581			
44	Quando escuto elimino tanto quanto possível qualquer preocupação pessoal procurando um estado de espírito calmo e sereno.	0,554			
46	Em situação de escuta, adopto uma posição corporal de abertura.	0,424			
47	Para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda, olho o utilizador dos cuidados de saúde na face sem contudo me fixar demasiado nos seus olhos.			0,505	
51	No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.			0,634	
52	Habitualmente vivo o silêncio de modo a que possibilite o emergir de emoções, facilitando a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde.			0,647	
53	Uso a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente algum aspecto da comunicação.			0,647	
54	Utilizo a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções.			0,584	
55	Recorro à elucidação para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.			0,491	
56	O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado.			0,593	
57	O uso da síntese permite-me verificar se retive o essencial da comunicação, convidando a pessoa com necessidade de ajuda a completar o conteúdo se houver necessidade.			0,569	
58	O uso da síntese permite ao utilizador dos cuidados de saúde voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco claro ou sem sentido aparente.			0,578	
64	A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o feed back para descrever um tipo de comportamento.		0,496		
66	Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.		0,511		
72	Faço sentir ao utilizador dos cuidados de saúde a importância que ele tem para mim.	0,497			
73	Partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características gerais como uma atitude facilitadora da empatia.		0,453		
78	Aceito a realidade do utilizador dos cuidados de saúde como sendo única.	0,405			
80	Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.		0,364		
82	Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.		0,546		
83	O uso da especificidade leva o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as suas emoções de forma precisa objectiva e concreta.		0,597		
84	Ao utilizar a especificidade, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação.		0,614		
85	A imediatidade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer no "aqui e agora" as informações que lhe comunica o seu organismo.		0,715		
86	Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos passados só devem ser considerados naquilo que afectam o cliente no presente momento.		0,504		
87	Na confrontação coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde, ajudando-o a clarificar a sua situação.		0,656		
88	Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde de modo a que ele sinta que sou seu aliado.		0,664		
89	Identifico com clareza os objectivos a atingir para que no momento da confrontação não misture os meus próprios objectivos.		0,484		
90	Tenho presente que a confrontação não deve ser imposta ao utilizador, mas ser-lhe apresentada como tentativa para poder ajudá-lo a resolver os seus problemas.		0,494		

Total variância explicada = 46,939%

N.º Itens = 51

QUADRO 6 – Eigenvalue e variância explicada após rotação varimax

Factores	Eigenvalue	% variância	% variância acumulada
Factor 1	14,551	16,838	16,838
Factor 2	3,189	12,016	28,854
Factor 3	1,933	9,620	38,474
Factor 4	1,777	8,465	46,939

Uma outra contribuição para o estudo da validade do instrumento foi a realização de uma matriz de correlação de Pearson entre os diversos factores (cf. Quadro 7). Encontrámos correlações³ que oscilam entre o moderado (0,453) e o forte (0,713), indicando, portanto, que são sensíveis a aspectos diferentes do mesmo constructo, sendo que as diferenças estatísticas encontradas são bastante significativas.

QUADRO 7 – Correlação de Pearson entre os diversos factores do ICRA

Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Factor 2	0,713**	—	—
Factor 3	0,713**	0,653**	—
Factor 4	0,498**	0,582**	0,453**

** correlação bastante significativa

A variação das correlações indica-nos que o aumento de uma das dimensões da escala se encontra associada ao aumento das restantes, como se pode verificar todas as dimensões apresentam correlações mais elevadas com a nota global do que entre si (cf. Quadro 8).

QUADRO 8 – α de Cronbach entre os 4 factores do ICRA

Factores	Média	Desvio padrão	Correlação com total	α se factor eliminado
Factor 1	120,19	13,56	0,7535	0,7860
Factor 2	73,67	11,07	0,7770	0,7648
Factor 3	51,77	7,99	0,7183	0,8118
Factor 4	43,01	10,58	0,5755	0,8500

$\alpha=0,8471$
n=314

³ Vaz Serra (1994) refere que se as correlações forem demasiado elevadas, levam-nos a pensar que os itens são redundantes, levando a que a escala perca em termos de validade de conteúdo.

Síntese dos resultados

O inventário de competências relacionais de ajuda é um instrumento de auto resposta, constituído por 51 itens que, tal como o nome indica, se destinam a avaliar as competências relacionais de ajuda de um enfermeiro.

As respostas situam-se numa escala tipo Likert de 1 a 7 e cotadas de forma a que quanto maior for a pontuação obtida, mais competências relacionais de ajuda têm os sujeitos. A nota global pode ir de um mínimo de 51 a um máximo de 357.

Na amostra, constituída por 314 sujeitos que serviram para a sua validação, obtivemos um valor de Sperman - Brown de 0,8792 e um índice alpha de Cronbach de 0,7474.

A análise factorial, com rotação ortogonal do tipo varimax, revelou a existência de 4 factores com raízes latentes superiores a 1, o que explica 46,939% da variância total. Os dois primeiros são os mais significativos. O factor um explica 16,838% da variância total, o factor dois 12,016%, o factor três 9,620% e o factor 4 8,465% da variância total.

Verificámos que a estrutura factorial empírica se ajusta à organização conceptual inicial.

Conclusão

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade do ICRA é um aspecto fundamental pois, tendo sido este inventário utilizado para operacionalizar a variável central e dependente do estudo, o valor dos resultados obtidos, assim como das conclusões deles retiradas, dependem naturalmente das suas qualidades conceptuais e psicométricas.

A favor da validade conceptual do constructo podemos salientar o facto de a estrutura factorial dos itens resultante da análise em componentes principais e com rotação varimax, quase coincidir com a organização multidimensional dos itens, derivada racionalmente das definições conceptuais apresentadas por autores como Rogers (1985), Carkhuff (1988), Chalifour (1989), Egan (1994),

Lazure (1994) que, ao longo dos últimos anos, se têm dedicado ao desenvolvimento de modelos de relação de ajuda. Embora no seu âmbito possa haver algumas diferenças, todos eles, de uma forma ou de outra, são convictos a demonstrar que todo o ser humano tende a crescer através de relações em que vivencie a autenticidade, o respeito e compreensão. Consideramos ainda que a concordância existente entre as análises feitas a cada item pelos juizes envolvidos reverte a favor das qualidades psicométricas do instrumento desenvolvido, tal como refere Fortin (1999).

Outro argumento a favor da validade do ICRA, prende-se com o facto de apresentar correlações moderadas e estatisticamente significativas entre as dimensões, não sendo por isso redundantes (Vaz Serra, 1994), o que nos leva a pensar que avaliam aspectos diferentes do mesmo constructo.

Aponta Chalifour (1989) várias categorias de habilidades desenvolvidas durante o contacto entre dois indivíduos que exercem uma influência mútua entre si através de comunicação verbal e não verbal. Indo ao encontro do modelo de relação de ajuda proposto pelo autor e tendo em conta os resultados obtidos, podemos concluir que os mesmos suportam empiricamente o facto de as competências relacionais de ajuda se organizarem como um constructo multidimensional, diferenciando-se quatro dimensões (no âmbito das relações), designadas por nós de *competências genéricas* (revelam a forma como o Enfermeiro entende o outro, o seu trabalho e a sua pessoa), *competências empáticas* (demonstra o modo com o Enfermeiro entra no mundo do utilizador dos cuidados de saúde, o reconhece como único e aceita os seus pontos de vista), *competências de comunicação* (engloba recursos importantes na comunicação

como a escuta, o silêncio, a reformulação e a síntese) e *competências de contacto* (que se referem à posição, postura e modo como o Enfermeiro se coloca face ao utilizador dos cuidados de saúde), como se pode verificar no Quadro 9.

Bibliografia

- ADAM, E. (1994) – **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget.
- ALCON, C. D. (1989) – La perception del cuidar. **Revista Rol de Enfermeria**. Ano XII, n.º 127, p. 25-27.
- ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. (1997) – **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. Coimbra: APPORT.
- ALMEIDA, L.; TAVARES, J. (1998) – **Conhecer, aprender, avaliar**. Porto: Porto Editora.
- AMENDOEIRA, J. (2000) – Cuidado de enfermagem, intenção ou acção: o que pensam os estudantes? **Nursing**. Ano 12, n.º 146, p. 52-55.
- ANDRÉ, C. (2001) – Empatia como fio condutor no cuidar em enfermagem. **Servir**. Vol. 49, n.º 3, p. 129-134.
- ATKINSON, L. D. [et al.] (1989) – **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- BASTO, M. L.; COELHO, M. (2000) – Interação enfermeiro/ utilizador em cuidados de saúde primários. **Revista Investigação em Enfermagem**. N.º 2, p. 3-10.
- BENNER, P. (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto.
- BRYMAN, A.; CRAMER, D. (1992) – **Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS**. Oeiras: Celta Editora.
- CARKHUFF, R. R. (1988) – **L'art d'aider**. Montreal: Les editions de l'Homme.
- CARPENTER, D. R.; STREUBERT, H. J. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- CHALIFOUR, J. (1989) – **La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste**. Québec: Gaetan Morin Éditeur.
- CHALIFOUR, J. (1993) – **Eiseigner la relation d'aide**. Canada: Gaëtan Morin Editeur.

QUADRO 9 – Distribuição dos itens da versão final do ICRA organizado por dimensões temáticas

Dimensões temáticas	Itens
Competências genéricas	# 20 itens (2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 17, 20, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 72, 78)
Competências empáticas	# 13 itens (64, 66, 73, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90)
Competências de comunicação	# 9 itens (47, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58)
Competências de contacto	# 9 itens (21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30)
Total	51 itens

- D'HAINAUT, L. (1990) – **Conceitos e métodos da estatística**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Vol. I e II.
- DIXE, M. A. C. R. (1995) – **As atitudes dos enfermeiros perante doentes em situação problemática**. Badajoz: [s. n.]. Tese de mestrado.
- EGAN, G. (1987) – **Communication dans la relation d'aide**. Montreal: Les Editions HRW Itée.
- ELLIS, R. B.; GATES, R. J.; KENWORTHY, N., ed. lit. (1995) – **Interpersonal communication in nursing: theory and practice**. Edinburg: Churchill Livingstone.
- ENGBRETSON, J. (1997) – A multiparadigm approach to nursing. **Advanced Nursing Sciences**. Vol. 20, n.º 1, p. 21-23.
- FAWCETT, J. (1989) – **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- FERREIRA, P. L. (1998) – **A medição do estado de saúde criação da versão portuguesa do MOS SF-36**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. (2003) – Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 21, n.º 2, p. 15-26.
- FERREIRA, P. L. (2000a) – Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte I – Adaptação cultural e linguística. **Acta Médica Portuguesa**. Vol. 13, n.º 1/2, p. 55-56.
- FERREIRA, P. L. (2000b) – Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte II – Testes de avaliação. **Acta Médica Portuguesa**. Vol. 13, n.º 3, p. 119-127.
- FORTIN, M. F. (1999) – **O processo de investigação da concepção à realização**. Loures: Lusociência.
- FRENCH, P. (1983) – **Social skills for nursing practice**. London: Groom & Helm.
- GAMEIRO, M. G. H. (1998) – **Experiências subjectivas de sofrimento na doença**. Porto : [s.n.]. Tese de mestrado.
- GEORGE, J. [et al.] (1993) – **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GIGER, J. N.; DAVIDHIZAR, R. E. (1991) – **Soins infirmiers interculturels: recueil de données et actions de soins**. Paris: Editios Lamarre.
- GIL, A. C. (1989) – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. S. Paulo: Atlas.
- GRANDE, N. (2000) – Ética e investigação. **Revista Investigação em Enfermagem**. N.º 2, p. 49-53.
- HESBEEN, W. (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, W. (2001) – **Qualidade em enfermagem**. Loures: Lusociência.
- HILL, A.; HILL, M. M. (2000) – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo.
- JESUS, S. N. (2002) – **Pedagogia e apoio psicológico no ensino superior**. Coimbra: Quarteto Editora.
- KELLER, M.; MEUSS, S. (1984) – **Action theoretical reconstruction of the development of social cognitive competence**. New York: McGraw-Hill.
- KIESS, H.; BLOOMQUIST, D. (1985) – **Psychological research methods. A conceptual approach**. Boston: Allyn and Bacon.
- LAZURE, H. (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Loures: Lusociência.
- MARTÍN, C. (1991) – **Soigner pour apprendre**. Paris: Editions LEP Loisirs et Pédagogie.
- MESSIAS, R. (1995) – **Técnicas de comunicação verbal e não verbal utilizadas por estudantes de enfermagem**. Angra do Heroísmo: [s.n.]. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.
- MEURIS, G. (1998) – La fidélité des mesures en psychologie et en pédagogie. **Revue de Psychologie et des Sciences d'Éducation**. N.º 3, p. 239-267.
- MIRANDA, F. A. N. [et al.] (1996) – Relacionamento interpessoal focalizando o elemento surpresa numa interacção. **Nursing**. Ano 9, n.º 101, p. 37-39.
- MORSE, J.; FIELD, P. (1995) – **Qualitative research methods**. London: Sage Publications.
- PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS.
- PEPLAU, H. E. (1990) – **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica**. Barcelona: Salvat Editores.
- PHANEUF, M. (1995) – **Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira**. Trad. de Nidia Salgueiro. Coimbra: Edição do Cuidar.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1994) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (1998) – **Manual de investigação em ciências sociais**. 2.^a ed. Lisboa: Gradiva.
- REIS, E.; MOREIRA, R. (1993) – **Pesquisa de mercado**. Lisboa: Edições Sílabo.
- RICHARDSON, R. J. (1989) – **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.^a ed. S. Paulo: Editora Atlas.
- ROACH, S. M. S. (1991) – The call to consciousness: compassion in today's health world. In GAUT, Dolores A.; LEININGER, Madeleine M. – **Caring: the compassionate healer**. New York: Gaut e Leininger Editors.
- ROACH, S. M. S. (1992) – **The human act of caring**. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- ROGERS, C. R. (1985) – **Tornar-se pessoa**. 2.^a ed. Lisboa: Moraes Editores.
- SANTOS, M. C. F. F. (1996) – **Desenvolvimento interpessoal dos estudantes do ensino superior: um estudo**

exploratório com alunos do curso superior de enfermagem. Coimbra: [s.n.]. Tese de mestrado.

SANTOS, M. I. A. (2000) – A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. **Revista Investigação em Enfermagem**. N.º 1, pág. 51-60.

SECHREST, L. (1984) – Reliability and validity. *In* BELLACK, A. S.; Hersen, M., ed. lit. – **Research methods in clinical psychology**. New York: Pergamon Press. p. 24-54.

SERRA, A. Vaz (1994) – **IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão**. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

STEPHEN, W. L. (1988) – **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara.

STEVENS, J. (1996) – **Applied multivariate statistics for the social sciences**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. (1989) – **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. Oxford: Oxford Medical Publications.

VALADAS, S. G. F. (2002) – As abordagens à aprendizagem pelos estudantes da universidade do Algarve. *In* JESUS, N. S. –

Pedagogia de apoio psicológico no ensino superior. Coimbra: Quarteto.

VEIGA, F. H. (1995) – **Transgressão e auto-conceito dos jovens na escola**. Lisboa: Fim de Século.

VEIGA, M. A. P. L. [et al.] (1995) – Que futuro para a formação permanente dos enfermeiros? **Enfermagem em Foco**. N.º 20, p. 35-39.

WATSON, J. (2002) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência.

WATSON, J. (1992) – Filosofia de los cuidados humanos en enfermería de Watson. *In* SISCA, Riel – **Modelos conceptuales de enfermería**. Barcelona: Doyma. p. 179-192.

WATSON, J. (1989) – **Nursing: human science an human care-a theory of nursing**. New York: National League for Nursing.

WATZLAWICK, P. [et al.] (1972) – **Une logique de la communication**. Paris: Editions du Seuil.

ZEICHNER, K. M. (1993) – **A formação reflexiva de professores: ideias e práticas**. Lisboa: Educa.