

Competências Relacionais de Ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida*

HELPING RELATIONSHIP SKILLS IN NURSES: THE VALIDATION OF A MEASUREMENT INSTRUMENT

COMPETENCIAS RELACIONALES DE AYUDA EN LOS ENFERMEROS: VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo¹, Maria Júlia Paes Silva², Pedro Miguel Dinis Parreira³, Manuela Maria Conceição Ferreira⁴

RESUMO

Considerando a importância da avaliação das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros, torna-se necessário utilizar instrumentos fiáveis e adaptados aos contextos. Assim, o objectivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), através da realização de estudos de fiabilidade e validade, no sentido de aumentar o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida por meio da utilização deste instrumento. O estudo quantitativo foi realizado numa amostra de 690 enfermeiros, que exerciam funções em seis hospitais e oito centros de saúde em Portugal. Os resultados obtidos indicam a existência de uma estrutura multidimensional das competências relacionais de ajuda diferenciando-se em quatro dimensões (competências genéricas, empáticas, de comunicação e de contacto), com correlações positivas entre si. O valor de Alpha Cronbach obtido por dimensão foi superior a .79, revelador de uma boa consistência interna dos itens por fator.

DESCRIPTORIOS

Cuidados de enfermagem
Humanização da assistência
Comportamento de ajuda
Relações enfermeiro-paciente
Estudos de validação.

ABSTRACT

Considering the importance of assessing nurses' helping relationship skills, it was necessary to use reliable and context-adapted instruments. Thus, the objective of this study was to assess the psychometric properties of the Helping Relationship Skills Inventory (Inventário de Competências Relacionais de Ajuda, ICRA), by conducting reliability and validity studies to increase the level of confidence or accuracy of the data obtained using this instrument. This quantitative study was conducted on a sample of 690 nurses who worked in six hospitals and eight health centres in Portugal. The results indicate a multidimensional structure of helping relationship skills, divided into four different dimensions (generic, empathetic, communication and contact skills) with a positive correlation between them. Cronbach's alpha for each dimension was higher than .79, showing a good internal consistency of the items within each factor.

DESCRIPTORS

Nursing care
Humanization of assistance
Helping behaviour
Nurse-patient relationships
Validation studies

RESUMEN

Considerando la importancia de la evaluación de las competencias relacionales de ayuda en los enfermeros, se hace necesario utilizar instrumentos fiables y adaptados a los contextos. Este estudio objetivó evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Competencias Relacionales de Ayuda (ICRA), mediante realización de estudios de fiabilidad y validez en sentido de aumentar el grado de confianza o exactitud de la información obtenida a través del uso del instrumento. El estudio cualitativo se realizó con muestra de 690 enfermeros con funciones en 6 Hospitales y 8 Centros de Salud en Portugal. Los resultados obtenidos indican existencia de una estructura multidimensional de competencias relacionales de ayuda, diferenciándose en cuatro dimensiones (competencias genéricas, empáticas, de comunicación, de contacto), con correlaciones positivas entre sí. El valor de Alpha de Cronbach obtenido por dimensión fue superior a .79, lo que revela buena consistencia interna de los ítems por factor.

DESCRIPTORIOS

Atención de enfermería
Humanización de la atención
Conducta de ayuda
Relaciones enfermero-paciente
Estudios de validación

* Artigo escrito originalmente em português de Portugal. ¹ Mestre em Ciências da Educação. Doutoranda em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. rosamelo@esenfc.pt ² Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. juliaps@usp.br ³ Doutor em Gestão. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. parreira@esenfc.pt ⁴ Doutora em Ciências da Educação. Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, Portugal. mmcferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

As teorias de Enfermagem assumem o cuidar como foco da sua ação⁽¹⁾, mas não existe cuidar se não estabelecermos uma relação de ajuda eficaz⁽²⁾. Assim, o estabelecimento da relação de ajuda, enquanto intervenção autônoma e inquestionável no cuidar em enfermagem, desempenha um papel central na resposta às necessidades individuais de cada pessoa, concorrendo de forma positiva para a prestação de cuidados mais eficazes e mais humanizados⁽³⁻⁴⁾.

No entanto, a prática da enfermagem, devido à evolução técnico-científica e também influenciada pelo paradigma positivista, nem sempre se tem direcionado para o desenvolvimento de valores fundamentais relacionados com a pessoa, resultando muitas vezes numa prática profissional desumanizada⁽⁵⁾.

Neste contexto, um estudo⁽⁶⁾ refere que, para prestar atenção às pessoas e responder aos estímulos com habilidades no contato humano, é necessário ter paciência, persistência, auto-observação constante e treino contínuo.

Assim, como procuramos desenvolver conhecimentos e habilidades para o aperfeiçoamento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também devia haver a mesma preocupação em relação ao desenvolvimento das competências relacionais de ajuda. Estas competências incluem as habilidades de interação como o contacto, o toque, o olhar, as distâncias, a escuta, a comunicação, a empatia e o respeito⁽⁷⁾.

A literatura em enfermagem evidencia a associação entre as interações baseadas na relação de ajuda e os resultados obtidos na pessoa cuidada. Torna-se, por isso, fundamental desenvolver investigações que apreciem e avaliem as interações baseadas na relação de ajuda para se documentar a *evidência dos seus resultados e permitirem o desenvolvimento de metodologias de cuidados orientados para a pessoa*⁽⁸⁾.

A preocupação com a investigação nesta área está bem patente nos estudos desenvolvidos por vários autores⁽⁹⁻¹¹⁾. Confirmando esta tendência, uma autora⁽⁹⁾ desenvolveu um estudo sobre as Competências Relacionais de Ajuda em estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem e em enfermeiros que estavam a frequentar o Curso de Complemento em Enfermagem. Neste estudo, realizado numa amostra de 314 indivíduos, a autora construiu e validou um instrumento destinado a avaliar as competências relacionais de ajuda (Inventário de Competências Relacionais de Ajuda – ICRA)⁽⁹⁾. Este inventário, constituído por 51 itens, tem a forma de uma escala de tipo Likert de 1 a 7, estando cotadas para que quanto maior for a pontuação obtida, mais competências relacionais de ajuda têm os sujeitos⁽⁹⁾.

De acordo com pesquisadores⁽⁷⁾, as competências relacionais de ajuda organizam-se como um construto multidimensional, diferenciando-se em quatro dimensões: as competências genéricas, as competências empáticas, as competências de comunicação e as competências de contato. Assim, para estes autores, as competências genéricas, que explicam 16,83% da variância total, *revelam a forma como o enfermeiro entende o outro, o seu trabalho e a sua pessoa*. As competências empáticas, que explicam 12,016% da variância total, são entendidas por estes autores como o modo *como o enfermeiro entra no mundo do utilizador de cuidados de saúde, o reconhece como único e aceita os seus pontos de vista*, enquanto que as competências de comunicação, que explicam 9,620% da variância total, englobam *recursos importantes na comunicação como a escuta, o silêncio, a reformulação e a síntese*. As competências de contato, que explicam 8,465% da variância total, referem-se à *posição, postura e modo como o enfermeiro se coloca face ao utilizador dos cuidados de saúde*. Foi evidenciado neste estudo que estas dimensões apresentam correlações positivas entre si e correlacionam-se de algum modo com as dimensões das competências sociais e interpessoais.

No estudo realizado com os estudantes em Enfermagem, a dimensão que, em termos globais, obteve melhores resultados foi a dimensão competências genéricas e os piores resultados foram nas competências de contato, o que está de acordo com os resultados obtidos⁽¹⁰⁾.

Em outra pesquisa⁽¹¹⁾, os enfermeiros obtiveram um valor mais elevado na dimensão competências genéricas e mais baixo nas competências de contato.

Ao analisar a relação existente entre o contexto onde trabalham os enfermeiros e o nível de desenvolvimento de competências relacionais de ajuda, a autora concluiu que as diferenças estatísticas encontradas só eram significativas para a dimensão da comunicação⁽⁹⁾. Os valores médios das competências relacionais de ajuda foram superiores em todas as dimensões exceto na dimensão competências empáticas para os enfermeiros que exercem funções na área de saúde comunitária.

No estudo realizado em estudantes de enfermagem, utilizando o ICRA, foi demonstrado que as entrevistas realizadas durante o ensino clínico onde foi feita reflexão sobre *relação de ajuda* influenciaram o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda⁽¹⁰⁾.

Utilizando o ICRA em enfermeiros a prestarem cuidados a doentes em fim de vida, verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda e as variáveis *importância atribuída à formação contínua sobre relação de ajuda* e a

satisfação com a vida⁽¹¹⁾. Nesta pesquisa, não se verificou relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda e as variáveis idade, sexo, tempo de experiência profissional e categoria profissional⁽¹¹⁾.

A mesma pesquisadora⁽¹¹⁾ concluiu que os enfermeiros com maior categoria profissional apresentaram valores médios mais elevados em todas as dimensões das competências relacionais de ajuda. Em consonância com estes resultados, o estudo⁽⁹⁾ concluiu que são os enfermeiros com categoria de enfermeiro especialista/chefe que apresentam, de um modo geral, um maior nível de competências relacionais de ajuda, sendo as diferenças estatisticamente significativas para as competências de comunicação.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Do exposto anteriormente, parece consensual a importância do desenvolvimento das competências relacionais de ajuda no exercício da enfermagem. Para isso, é fundamental a existência de instrumentos de medida destas competências para se poder compreender os fatores que interferem no seu desenvolvimento.

Desta forma, torna-se necessário e imprescindível replicar estudos utilizando instrumentos avaliativos teoricamente atualizados e adequados ao contexto que se quer estudar, permitindo conhecer as suas propriedades psicométricas para se verificar a sua maior ou menor adequabilidade.

Como no estudo de construção e validação do ICRA foi utilizada uma amostra de enfermeiros que estavam em processo de formação (Complemento de Formação em Enfermagem), sendo, portanto, diferente do universo dos enfermeiros, houve necessidade de testar a validade e a fiabilidade do inventário no novo universo⁽¹²⁾. Tendo ainda em atenção que este inventário é considerado pelos respondentes como muito extenso, propomo-nos realizar o presente estudo.

OBJETIVO

Avaliar as propriedades psicométricas do ICRA através da realização de estudos de fiabilidade e validade no sentido de aumentar o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida através da utilização deste instrumento de medida.

MÉTODO

Na fase inicial, começamos por proceder ao pedido de autorização à autora do ICRA e às instituições de saúde onde iríamos realizar o estudo.

A nossa população constituiu-se pelos enfermeiros que exerciam funções nas unidades de saúde pertencentes às instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) em Portugal.

Depois de enviados os pedidos de autorização para estas instituições, obtivemos resposta positiva de oito centros de saúde e seis hospitais públicos. Destas instituições, foram selecionadas unidades de saúde que têm enfermeiros liderados por enfermeiros chefes. Destas unidades de saúde foram excluídos os enfermeiros com menos de um ano de contato com o atual enfermeiro chefe.

Depois de aplicados estes critérios, a amostra foi constituída por oito centros de saúde e 49 unidades de saúde (serviços) a nível hospitalar. Assim, foram enviados 1508 questionários para estas unidades, tendo obtido resposta de 690 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de retorno de 45,75%. Todos os enfermeiros tiveram liberdade de participação ou não da pesquisa.

A recolha de dados foi feita através da utilização do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), apresentado sob a forma de uma escala de tipo Likert de 1 a 7 (variando entre completamente em desacordo e completamente de acordo), que inclui quatro dimensões, com a designação de competências genéricas, competências empáticas, competências de comunicação e competências de contato. Neste inventário, quanto maior for o *score* obtido, maior é o nível de competências relacionais de ajuda percebido pelos enfermeiros.

RESULTADOS

Para se fazer a análise fatorial, é preciso primeiro avaliar o valor da medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que neste estudo apresentou um valor de ,927, sendo considerado *maravilhoso* para fazer uma análise fatorial⁽¹²⁾.

Passamos em seguida à determinação da análise fatorial para o estudo dos componentes principais, seguida de rotação *varimax* para conhecer as dimensões subjacentes e independentes entre si. Forçamos a rotação a quatro fatores, de acordo com os resultados da autora do inventário. Os itens foram incluídos nas subescalas correspondentes aos fatores onde obtiveram maiores valores de saturação.

Para a seleção do número de fatores, seguimos alguns critérios recomendados⁽¹³⁾. Valores próprios ou específicos (*eigenvalues* > 1), exclusão de saturações fatoriais inferiores a 0,3 e aplicação do princípio da descontinuidade. Num análise global, verificamos que os itens 10, 16, 39, 41 e 26 abandonam a sua dimensão teórica. Os restantes 46 itens saturam na dimensão teórica a que pertencem.

Os itens 39 e 41 abandonam a sua dimensão teórica (competências genéricas), passando a saturar na dimensão competências comunicação. Os itens 10 e 16 abandonam a sua dimensão teórica (competências de contato), passando a saturar na dimensão competências genéricas. O item 26 abandona a sua dimensão teórica, passando a saturar na dimensão competências de comunicação.

Face aos resultados obtidos, após serem retirados os 5 itens que não saturavam convenientemente na dimensão teórica, efetuamos uma segunda análise, que incidiu nos

46 itens. Esta análise em componentes principais com rotação ortogonal varimax forçada a quatro fatores revelou quatro fatores teoricamente coerentes com os encontrados no inventário original.

Nesta análise e com base nos critérios referidos, eliminamos os itens 20 e 23 porque, apesar de saturarem

na dimensão teórica a que pertencem (competências genéricas) (.402 e .393), apresentam valores superiores na dimensão competências empáticas (.459 e 395).

Com a eliminação dos itens 10, 16, 20, 23, 26, 39 e 41 obtivemos uma versão final do inventário reduzida a 44 itens, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Dimensionalidade do ICRA – Versão final – Portugal – 2010

Nº item	Itens	Fatores (saturação)			
		1	2	3	4
G 3	A sensibilidade intelectual e afetiva que possuo ajuda-me a compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda.	,714			
G 7	No decurso das intervenções de enfermagem, apelo à colaboração do utilizador dos cuidados de saúde.	,699			
G 5	Como enfermeiro, a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.	,651			
G 4	Reconhecer as minhas características físicas, sociais e espirituais ajuda-me a tomar conhecimento das minhas limitações.	,609			
G 25	No processo de comunicação atendo às expressões não verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal.	,598		,349	
G 2	A qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em me comunicar com o outro.	,542			
G 6	Ao planificar os cuidados, faço-o em função das prioridades fixadas depois destas serem aferidas e validadas com a pessoa.	,539			
G 9	O toque para mim reveste-se de espontaneidade, intuição e conhecimento.	,539			
G 22	Desenvolvo na minha prática a capacidade de compreensão do significado e valor dos dados percebidos e observados.	,528		,344	
G 27	Em situação de escuta, adoto uma posição corporal de abertura.	,510		,372	
G 24	Tenho a capacidade de detectar quando o utilizador dos cuidados de saúde quer dirigir a minha atenção para aspectos secundários.	,498			
G 8	O toque permite-me aperceber do grau de satisfação ou de mal-estar do utilizador dos cuidados de saúde.	,452			,305
G 1	A qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.	,433			
G 19	Quando entro em contato com alguém, o primeiro órgão dos sentidos que uso é o da visão.	,361			
G 21	Reconheço a minha habilidade em utilizar o sentido da visão tendo em conta os desconfortos que a ele podem estar associados.	,351			
E 45	Ao utilizar a especificidade, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação.		,723		
E 44	O uso da especificidade leva o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as suas emoções de forma precisa, objetiva e concreta.		,700		
E 46	A imediaticidade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as informações que lhe comunica o seu organismo.		,675		
E 43	Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.		,639		
E 47	Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos passados só devem ser considerados naquilo que afetam o cliente no presente momento.		,574		
E 48	Na confrontação, coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde.		,568		
E 50	Identifico com clareza os objetivos a atingir para que, no momento da confrontação, não misture os meus próprios objetivos.		,501		
E 40	Partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características como uma atitude facilitadora da empatia.		,497		
E 42	Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.		,491		
E 51	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.		,478		
E 49	Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde, de modo que ele sinta que sou seu aliado.		,471		,325
E 37	A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o <i>feedback</i> para descrever um tipo de comportamento.		,469		,387

Continua...

...Continuação

Nº item	Itens	Fatores (saturação)			
		1	2	3	4
E 38	Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.		,448	,311	
C 32	Utilizo a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções.			,680	
C 31	Uso a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente a comunicação.			,676	
C 34	O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado.	,339		,657	
C 30	Habitualmente vivo o silêncio de modo que possibilite o emergir de emoções, facilitando a aproximação com a pessoa cuidada.			,643	
C 33	Recorro à elucidação para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.		,331	,623	
C 35	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.	,378		,610	
C 36	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.	,323		,609	
C 29	No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.			,569	
C 28	Para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda, olho o utilizador dos cuidados de saúde na face sem me fixar nos olhos.			,427	
Con14	Utilizo a distância social (120-210 cm) quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com a pessoa cuidada.				,762
Con13	Utilizo sobretudo a distância pessoal (45-125 cm) quando pretendo fazer uma observação cuidada do utilizador dos cuidados de saúde.				,724
Con12	Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45 cm) quando ajudo nas atividades da vida diária.				,659
Con17	A distância que adoto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.				,635
Con18	A posição física que adoto no contato com o utilizador dos cuidados pode ser reveladora da importância que ele tem para mim.				,609
Con15	Quando uso a distância pública (360-750 cm), as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a comunicação não-verbal perde-se.				,529
Con11	Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde, atendo à distância física a manter como uma forma de comunicação.	,304			,490

Após as referidas alterações, o ICRA passou a ser constituído por 44 itens que estão distribuídos pelos seguintes fatores: o primeiro fator (competências genéricas - G) é constituído por 15 itens e explica 12,935% da variância total; o segundo fator (competências empáticas - E) é constituído por 13 itens e explica 11,862% da variância; o terceiro fator (competências de comunicação - C) é constituído por nove

itens com 10,926% de uma variância explicada e, por último, o quarto fator (competências de contacto - Con), constituído por sete itens, apresenta uma variância explicada de 8,560%. Para a globalidade do inventário, a variância total explicada é de 44,283%. Verificamos que o valor de *Alpha* de Cronbach obtido em cada dimensão foi superior a 0,795, revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada fator.

Tabela 2 – Dimensões, itens, Eigenvalue, variância explicada após rotação forçada e Alpha de Cronbach por dimensão – Versão final – Portugal – 2010

Dimensões	Itens	Eigenvalue	% variância	% variância acumulada	α
Competências Genéricas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 21, 22, 24, 25, 27	12,252	12,935	12,935	,870
Competências Empáticas	37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51	3,075	11,862	24,796	,876
Competências de Comunicação	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36	2,340	10,926	35,722	,869
Competências de Contato	11, 12, 13, 14, 15, 17, 18	1,817	8,560	44,283	,795

No sentido de verificar se cada uma das metades dos itens do ICRA-final é tão consistente a medir o construto como a outra metade, determinamos a correlação *Par/impar*. Assim, o α obtido na primeira parte foi de 0,882

e na segunda parte foi de 0,889. Obtivemos um valor de correlação de Spearman Brown de 0,840 (Tabela 3), que nos indica a consistência esperada quando se aplica o instrumento a outras amostras.

Tabela 3 – Estatísticas referentes ao método das metades – Split-half – Portugal - 2010

	Média	Desvio Padrão	α
Parte 1	115,31	17,334	,882
Parte 2	126,57	14,241	,889

Split-half = ,830; Spearman Brown = ,840.

A validade dos itens foi avaliada através da correlação interitens e dos itens com a dimensão a que pertencem com e sem sobreposição.

Tabela 4 – Correlações bicaudais r de Person item/fatores – Portugal - 2010

Nº item	Sem sobreposição do item	Competências Comunicação - C	Competências Contato - Con	Competências Empáticas - E	Competências Genéricas - G
C 28	,569	,554	,173	,392	,311
C 29	,419	,676	,273	,401	,330
C 30	,466	,729	,266	,451	,378
C 32	,522	,752	,266	,466	,478
C 33	,571	,717	,221	,519	,431
C 34	,548	,736	,230	,461	,518
C 35	,551	,735	,252	,482	,549
C 31	,583	,748	,278	,448	,467
C 36	,565	,713	,244	,462	,497
Con 15	,379	,218	,608	,305	,286
Con 11	,509	,386	,578	,376	,440
Con 12	,486	,337	,707	,366	,349
Con 13	,434	,301	,747	,321	,238
Con 14	,381	,242	,732	,268	,174
Con 17	,360	,157	,663	,303	,252
Con 18	,385	,201	,657	,279	,274
E 37	,386	,294	,363	,540	,143
E 38	,562	,514	,309	,642	,454
E 4	,501	,400	,312	,620	,379
E 42	,483	,427	,222	,593	,431
E 43	,534	,445	,297	,695	,386
E 44	,585	,479	,282	,703	,428
E 45	,589	,501	,279	,726	,413
E 46	,580	,445	,315	,680	,385
E 47	,376	,263	,230	,583	,247
E 48	,512	,414	,215	,651	,402
E 49	,494	,347	,393	,627	,342
E 51	,545	,502	,245	,634	,467
E 50	,556	,482	,232	,660	,471
G 1	,391	,314	,260	,301	,545
G 2	,379	,358	,193	,291	,594
G 19	,379	,358	,216	,335	,524
G 21	,488	,370	,363	,398	,562
G 22	,527	,457	,205	,430	,632
G 24	,480	,385	,226	,399	,578
G 25	,510	,464	,226	,361	,650
G 27	,529	,510	,212	,413	,614
G 3	,405	,419	,108	,342	,660
G 4	,427	,400	,232	,329	,604
G 5	,440	,407	,191	,335	,633
G 6	,416	,337	,218	,339	,591
G 7	,455	,409	,181	,378	,657
G 8	,498	,380	,359	,407	,592
G 9	,523	,425	,314	,423	,655

Da análise dos resultados da correlação bicaudal entre os itens e os fatores, verificou-se que todos os itens apresentam correlações mais fortes com o fator a que teoricamente pertencem do que com outro fator.

Como pode-se observar nas Tabelas 4 e 5, os valores correlacionais são moderados e fortes. A maioria dos itens apresenta relação mais forte com o fator a que teoricamente pertencem, sendo abonatório de homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada fator. As correlações de cada item com a dimensão a que teoricamente pertence é superior a 0,40, pelo que pode-se afirmar que o conjunto dos itens define um construto⁽¹⁴⁾.

Verificamos que as correlações do item com o fator sem sobreposição apresentam valores moderados, sendo na sua maioria superior a 0,40. Em sua maioria, os valores correlacionais sem sobreposição do item são mais

elevados com a dimensão a que pertencem do que com outra dimensão.

Como pode-se verificar na Tabela 4, as correlações são globalmente mais elevadas entre os itens e a dimensão a que teoricamente pertencem do que com outras dimensões, sugerindo que os itens de cada dimensão têm proximidade suficiente para constituírem uma dimensão (validade convergente discriminante), sendo indício de validade do construto.

Tabela 5 – Correlação de Person entre os diversos factores do ICRA- Versão final – Portugal – 2010

Factores	Competências de Comunicação	Competências de Contato	Competências Empáticas	Competências Genéricas
Competências de comunicação	1	,356**	,641**	,622**
Competências de contato		1	,454**	,396**
Competências empáticas			1	,590**
Competências genéricas				1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DISCUSSÃO

Para ser útil, um instrumento de medida deve ser válido e confiável. A validade refere-se ao poder do instrumento para medir aquilo que se quer medir⁽¹⁵⁾. Assim, para avaliarmos as qualidades psicométricas de um instrumento de medida, necessitamos de efetuar estudos de fiabilidade e validade, que no seu conjunto nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar⁽¹⁶⁾.

Os estudos de fiabilidade indicam o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Estes estudos avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens⁽¹²⁾. A estabilidade temporal, ou fiabilidade teste-reteste, não foi efetuada neste estudo dado este inventário ser um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, não sendo, por isso, relevante como medida de fiabilidade⁽¹⁷⁾.

A consistência interna *corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida*⁽¹⁶⁾. Para este autor, quanto mais os enunciados estiverem correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento. Assim, para calcular a consistência interna, recorreremos ao coeficiente de *Alpha Cronbach*, dado ser a técnica mais utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento quando existem várias opções de resposta com diferentes pontuações como na escala de *Likert*⁽¹⁶⁾.

Os estudos de validade incluem três aspectos principais: validade de conteúdo, validade teórica e validade prática. “O questionário tem validade de conteúdo adequado quando os itens formam uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir os aspectos das componentes”⁽¹²⁾. Também, para estes autores, há três tipos de validade teórica: a validade convergente, a validade discriminante e a validade fatorial.

A validade fatorial pode ser avaliada através da técnica estatística *análise fatorial*. *Esta técnica analisa, no essencial, as correlações entre várias variáveis para encontrar*

Uma outra contribuição para o estudo da validade do instrumento foi a realização de uma matriz de correlação de Person entre os diversos factores, conforme Tabela 5. Encontramos correlações moderadas cujos valores oscilam entre 0,356 e 0,641 e as diferenças estatísticas encontradas são bastante significativas, indicando, portanto, que os factores são sensíveis a aspetos diferentes do mesmo construto.

um conjunto de factores que, teoricamente, representam o que têm em comum as variáveis analisadas⁽¹²⁾. Alguns autores⁽¹³⁾ acrescentam que a análise fatorial é um conjunto de técnicas cujo objetivo 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. Estes autores consideram que se trata de um procedimento multivariado que, embora tenha um elevado grau de subjetividade, não deixa de constituir uma ferramenta muito poderosa e com enorme aplicabilidade⁽¹³⁾. Para outros, a vantagem desta técnica é apresentar medidas mais sofisticadas do que a validade discriminante e a validade convergente⁽¹²⁾.

A análise fatorial desenvolve inter-relações complexas com as referidas variáveis e vai identificar aquelas com que se intercorrelacionam. Deste modo, obtém-se uma estrutura que se denomina de factores. Existem vários métodos para efectuar a análise fatorial, mas o mais utilizado é o designado por *método dos componentes principais*. Como resultado deste procedimento, obtemos o que se designa por matriz fatorial⁽¹³⁾.

Esta matriz, assim determinada, partilha o máximo de variâncias, tornado difícil a sua leitura e interpretação, havendo necessidade de se efetuar a rotação de factores. Através deste processo de rotação ortogonal, as variáveis (itens) que se associam a cada fator são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Mas para avaliar a validade fatorial de um questionário é preciso seguir algumas recomendações, como o tamanho da amostra, que, apesar de haver diferentes opiniões a esse respeito na literatura, pesquisadores⁽¹⁸⁾ consideram 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. Como no nosso estudo a amostra é de 690 indivíduos e tendo em consideração o número de itens (51), pensamos não se colocarem problemas de validação.

Temos, portanto, o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) como um instrumento de autores-

posta, constituído por 44 itens que se destina a avaliar as competências relacionais de ajuda de um enfermeiro.

Na amostra constituída por 690 enfermeiros que serviram para a sua validação, obtivemos um valor de *Spearman-Brown* de 0,840 e os valores de *Alpha de Cronbach* obtidos em cada dimensão foi superior a 0,826, revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada fator. No estudo realizado pela autora do inventário, numa amostra de 314 estudantes de Enfermagem, obteve um valor de *Spearman-Brown* de 0,879 e um índice de *Alpha de Cronbach* de 0,747.

A análise fatorial, com rotação ortogonal do tipo varimax, revelou a existência de quatro fatores com raízes lactentes superiores a 1 que explica 44,283% da variância total. O primeiro fator (competências genéricas) é o mais significativo e explica 12,935% da variância total. O segundo fator (competências empáticas) explica 11,862% da variância, o terceiro fator (competências de comunicação) tem 10,926% de uma variância explicada e, por último, o quarto fator (competências de contato) apresenta uma variância explicada de 8,560%.

O estudo realizado pela autora do inventário também revelou a existência de quatro fatores com raízes latentes superiores a 1 que explica 46,939% da variância total. Os fatores competências genéricas e de comunicação foram os mais significativos, com variâncias de 16,838% e 12,016%.

Verificamos que a estrutura fatorial empírica do nosso estudo se ajusta à organização conceptual inicial e também está de acordo com os dados obtidos pela autora do inventário⁽⁹⁾ e com as definições conceptuais que estiveram na sua concepção⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Tais fatos indicam que há equivalência conceitual entre as duas versões, isto é, ambas medem os mesmos fenômenos⁽²²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Lira PS, Silva MJP. O cuidado como uma Lei da Natureza: uma percepção integral do cuidar. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):363-70.
2. Chalifour J. A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção. Loures: Lusociência; 2009.
3. Cadah L. Avaliação da qualidade da assistência da enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
4. Hesbeen W. Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: emergir como o autor do seu próprio pensamento. Loures: Lusociência; 2009.
5. Queirós AA, Sílvia LC, Santos EM. Educação em enfermagem. Coimbra: Quarteto; 2000.
6. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2006.
7. Ferreira MCF, Tavares J, Duarte JT. Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem. *Referência*. 2006;2(1):51-62.
8. Queiroz, AA, Melo RCCP. Importância da investigação sobre relação de ajuda. *Invest Enferm*. 2007;15(1):38-41.
9. Ferreira MMC. Relação de ajuda na formação dos enfermeiros [tese]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2004.
10. Melo RCCP, Raposo NV. Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem. *Rev Portuguesa Pedag Fac Psicol Ciênc Educ Univ (Coimbra)*. 2007;41(1):189-210.

Nos estudos⁽⁹⁻¹¹⁾, utilizando este Inventário, os valores encontrados para o coeficiente de *Alpha de Cronbach* para as dimensões do ICRA foram respectivamente .81, .74 e .80, estando em consonância com o encontrado neste estudo, que foi .80.

CONCLUSÃO

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade do ICRA são aspectos fundamentais, dado que o valor dos resultados obtidos nos estudos efetuados utilizando este inventário e as conclusões deles retiradas vão depender das suas qualidades conceptuais e psicométricas.

Para a validade conceptual do construto, concorreram o fato da estrutura fatorial dos itens resultante da análise em componentes principais e com rotação varimax quase coincidir com a organização multidimensional dos itens, estando de acordo com os resultados obtidos pela autora do inventário.

O argumento a favor da validade do ICRA tem a ver com o fato de apresentar correlações moderadas e estatisticamente significativas entre as dimensões, não sendo redundantes, o que pode ser indiciador de avaliarem aspectos diferentes do mesmo construto.

A análise efetuada permite-nos validar este inventário e assim considerá-lo com qualidades psicométricas adequadas à avaliação das competências relacionais de ajuda nos enfermeiros em Portugal.

Espera-se, no entanto, novos contributos de outros estudos para melhorar a sua fiabilidade e validade no sentido de aumentar o grau de confiança ou de exatidão obtida na informação recolhida através da utilização deste instrumento de medida.

11. Simões RMP. Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2008.
12. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Edições Silabo; 2008.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Ribeiro JL. Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicol.* 2004;27(2):547-58.
15. Cruz DALM, Fontes CMB, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Diagnoses. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(1):127-34.
16. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. 1999.
17. Vaz Serra A. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão - IACLIDE. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica; 1994.
18. Brymen A, Cramer D. *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS.* Oeiras: Celta; 1992.
19. Carkhuff RR. *L'art d'aider.* Montreal: Editions de l'Homme; 1988.
20. Lazure H. *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira.* Lisboa: Lusodidacta; 1994.
21. Rogers CR. *Tornar-se pessoa.* São Paulo: Martins Fontes; 2009.
22. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crónica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(3):365-73.