



Desenvolupamiento da Relação de Ajuda enquanto Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

Joana Catarina Ferreira Coelho

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Desenvolvimento da Relação de Ajuda enquanto Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

JOANA CATARINA FERREIRA COELHO



TESE DE DOUTORAMENTO

2020



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

El Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira, profesor coordinador da Escola Superior de Enfermagem do Porto y el Prof. Doutor Juan Francisco Roldán Merino profesor Titular del Campus Docent Sant Joan de Déu Fundació Privada

DECLARAN:

Que el estudio titulado "Desenvolvimento da Relação de Ajuda enquanto Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem", que presenta Joana Catarina Ferreira Coelho para la obtención del título de doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección y cumple los requerimientos necesarios para su presentación y defensa pública.

Firmado:



Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira Prof. Doutor Juan Francisco Roldán Merino

Joana Catarina Ferreira Coelho

Desenvolvimento da Relação de Ajuda enquanto Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

TESE DE DOUTORAMENTO

Diretores: Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira e Prof. Doutor Juan Francisco
Roldán Merino

Coordenadora: Prof. Doutora Carme Ferré Grau

Departamento de Enfermagem



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2020

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ser do Universo...

Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer,

Porque eu sou do tamanho do que vejo

E não do tamanho da minha altura...

Nas cidades a vida é mais pequena

Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.

Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,

Escondem o horizonte, empurram o nosso olhar para longe de todo o céu,

Tornam-nos pequenos porque nos tiram o que os nossos olhos nos podem dar,

E tornam-nos pobres porque a nossa única riqueza é ver.

(Alberto Caeiro - Fernando Pessoa, 1946)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Carlos Sequeira, não só pela orientação dada ao longo deste trabalho, mas pelo suporte, paciência, compreensão e ânimo.

Ao Prof. Doutor Juan Roldán Merino, por todos os ensinamentos e orientação, pela sua disponibilidade imensa e partilha de conhecimento.

À Prof. Doutora Mar Lleixa Fortuño, por todos os seus reforços positivos ao longo deste percurso.

À Prof. Doutora Carme Ferré Grau, pelo seu acolhimento sempre caloroso, pela sua simplicidade e disponibilidade.

À Sónia Teixeira, por ter embarcado nesta aventura comigo desde o primeiro dia.

À Catarina Amaral e ao Bruno Santos, por estarem também neste percurso, que irão, certamente, terminá-lo com sucesso. Por serem ótimos enfermeiros, colegas e companheiros de viagem a Barcelona.

À Ana Rita pela sua ajuda na colheita de dados.

Aos utentes que aceitaram participar no estudo e aos colegas enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela participação, divulgação do estudo e por acreditarem também numa Enfermagem melhor. Sem eles nada disto seria hoje possível.

À Prof. Doutora Teresa Rodrigues, Isilda Ribeiro e Regina Pires, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, por todo o suporte, carinho e compreensão.

A todos os colegas d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, pelo companheirismo, pelo trabalho e por acreditarem sempre que este seria um percurso com final feliz.

Às minhas amigas, por terem estado sempre lá nos momentos mais difíceis e por aplaudirem na primeira fila todas as minhas conquistas.

Ao meu irmão, pela escuta e pelo suporte, pelo apoio e amor incondicional, por ser o meu maior exemplo e estar sempre lá.

Ao Francisco, pela tolerância, paciência, disponibilidade, por ser um investigador exímio e partilhar comigo conhecimento, amor e uma vida. Por ter sido incansável e, por vezes, acreditar mais neste trabalho que eu mesma. Por ter segurado a minha mão sempre e nunca me ter deixado esmorecer.

À minha mãe, por tudo aquilo que sou hoje.

ÍNDICE

	Página
Índice de Figuras	17
Lista de Abreviaturas	18
Resumo	20
Resumen	25
Resum	30
Abstract	35
Introdução	40
Objetivos	48
Métodos	52
Resultados	59
Artigo 1 – A relação de ajuda como intervenção de Enfermagem: uma scoping review	61
Artigo 2 - The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study	72
Artigo 3 - Cultural Adaptation and Psychometric Properties Assessment of the NOC Outcome “Cognition” in a Sample of Portuguese Adults With Mental Illness.....	81
Artigo 4 - Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse	90
Publicação 5 - Relação de Ajuda – Manual de operacionalização da intervenção de Enfermagem	116
Conclusão e implicações para a prática clínica	149
Disseminação da Investigação	157

Seminários / Cursos	159
Comunicações Orais	160
Pósteres.....	160
Capítulos de Livro	160
Menção Internacional	161
Referências Bibliográficas	163
Anexos	171
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética para o Estudo - The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study	173
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para o Estudo – Cultural Adaptation and Psychometric Properties Assessment of the NOC Outcome “Cognition” in a Sample of Portuguese Adults With Mental Illness	176
Anexo III - Versão portuguesa do Mini Mental State Examination (MMSE).....	178
Anexo IV - Resultado NOC “Cognição” (0900) versão Portuguesa	182
Anexo V - Parecer da Comissão de Ética para o Estudo - Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse	184
Anexo VI – Documento comprovativo da menção internacional	187

Índice de Figuras

Página

Figura 1: Ligação entre os objetivos e estudos realizados.....	55
---	-----------

Lista de Abreviaturas

- 6CIT - Six Item Cognitive Impairment Test
AGFI - Adjusted Goodness of Fit Index
CALPAS - California Psychotherapy Alliance Scale
CFI - Comparative Fit Index
CI - Confidence Interval
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ECV - Explained Common Variance
EFA - Exploratory Factor Analysis
ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
GFI - Goodness of Fit Index
HR - Helping Relationship
ICC - Intraclass Correlation Coefficient
ICN - International Council of Nurses
ICNP - International Classification for Nursing Practice
KMO - Kaiser–Meyer–Olkin
MMSE - Mini Mental State Examination
MoCA - Montreal Cognitive Assessment
NANDA-I - NANDA International, Inc.
NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem
OE - Ordem dos Enfermeiros
PCC - Participantes, Conceito, Contexto
RAP - Relação de Ajuda Profissional
RCT - Randomized Controlled Clinical Trials
RMSEA - Root Mean Standard Error of Approximation
RT - Relação Terapêutica
SD - Standard Deviation
TRAS-Nurse - Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse
UniCo - One-dimensional Congruence
WAI - Working Alliance Inventory

RESUMO

Introdução: Em Portugal, a implementação de intervenções psicoterapêuticas em Enfermagem encontra-se regulamentada como uma competência específica dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No entanto, estes enfermeiros deparam-se com diversas dificuldades na sua prática para conseguirem implementar este tipo de intervenções, pois existem lacunas significativas quanto à sua estrutura, conteúdos e sistematização. Na literatura é descrito que a relação de ajuda profissional pode ser considerada uma intervenção de Enfermagem. Importa, no entanto, compreender as suas características, conteúdos e procedimentos, por forma a ser validada enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, baseada em conhecimento de Enfermagem e exequível por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Objetivos: desenvolver e avaliar a validade de conteúdo da relação de ajuda profissional enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, e desenvolver os instrumentos necessários para posterior avaliação da eficácia da relação de ajuda profissional em contexto clínico.

Métodos: Esta investigação foi operacionalizada através de quatro estudos. O primeiro tratou-se de uma *scoping review*, com recurso às bases de dados online MEDLINE with full text via EBSCOhost, CINAHL Plus with full text via EBSCO, Web of Science Core Collection via Web of Science, Scopus via B-on, ScienceDirect via B-on e consulta das referências bibliográficas dos artigos incluídos. O instrumento de extração de dados foi elaborado com base no modelo preconizado pelo Joanna Briggs Institute. O segundo estudo consistiu num e-Delphi modificado no qual os dados foram colhidos entre janeiro e maio de 2018 por via de duas rondas de questionários *online*. O terceiro estudo comportou um estudo psicométrico em que foi realizada a adaptação cultural e a avaliação das propriedades psicométricas do Resultado “Cognição” da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) numa amostra de adultos portugueses com doença mental. O quarto estudo visou o desenvolvimento de uma escala de avaliação da qualidade da relação terapêutica, na perspetiva do enfermeiro, através da revisão da literatura e posterior grupo de peritos, compreendendo também a avaliação das propriedades psicométricas da escala, com recurso a uma amostra de 221 enfermeiros especialistas em Enfermagem

de Saúde Mental e Psiquiátrica. A confiabilidade foi avaliada através da consistência interna e a validade de construto foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória, da *Classic Horn's Parallel Analysis*, e do *Pure Exploratory Bifactor*. Por fim, com todos os resultados dos estudos referidos foi elaborado um manual de operacionalização da relação de ajuda enquanto intervenção de Enfermagem.

Resultados: No primeiro estudo foram encontrados 729 artigos e foram identificados 13 registos adicionais. Após a análise de toda a literatura foram reunidos dados relativos ao objetivo da relação de ajuda profissional, sendo que, os dados recolhidos apontam para capacitação da pessoa para a resolução de um problema. O stress, a culpa, as alterações do humor, a baixa autoestima, a ideação suicida, a perturbação da imagem corporal, e a incapacidade de interagir de modo satisfatório com o próprio ou o ambiente que o rodeia foram os principais problemas encontrados em que a relação de ajuda profissional poderia dar resposta. Quanto às competências e atitudes do enfermeiro salienta-se a aceitação incondicional, a empatia e a capacidade de não julgar o outro. Por fim, este estudo revelou ainda que a relação de ajuda profissional se concretiza num conjunto de fases, nas quais existem atividades específicas que as concretizam. O segundo estudo permitiu consensualizar o objetivo da relação de ajuda profissional, quais os seus pressupostos e as competências chave associadas ao enfermeiro para a sua implementação, tendo consenso perfeito a empatia, compreensão, capacidade de não julgar, honestidade e capacidade de escuta. Possibilitou ainda consensualizar os focos de atenção para a prática de Enfermagem¹ que podem originar diagnósticos de Enfermagem passíveis à prescrição desta intervenção, sendo os focos autoestima, luto e ansiedade aqueles que obtiveram maior consenso entre os peritos. Por fim, os procedimentos/conteúdos/atividades a concretizar em cada sessão da intervenção foram também sujeitos à avaliação dos peritos, destacando-se a escuta ativa, a clarificação do diagnóstico de Enfermagem, a identificação dos recursos da pessoa, a identificação de estratégias para a resolução do problema e o treino das mesmas. No terceiro estudo a versão final em português europeu do resultado NOC "Cognição", composta por 13 itens, apresentou boas

¹ Área de atenção relevante para a prática de Enfermagem.

propriedades psicométricas e a análise fatorial exploratória realizada identificou apenas um fator. Com o estudo número quatro foi desenvolvida a *Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse*, com consistência interna total (alpha de Cronbach) de 0.93, variando de 0.78 a 0.88 para cada um dos fatores. A escala apresentou boa estabilidade temporal (ICC=0.86), mostrando um bom ajustamento tanto a uma estrutura de quatro fatores como a uma estrutura unidimensional. Por fim, o manual permitiu a compilação de todos os resultados dos estudos anteriores.

Conclusão: o facto de se ter atingido consenso acerca dos conteúdos e procedimentos da relação de ajuda enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem parece ser importante para orientar os enfermeiros especialistas em ESMP na execução de intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem e permitir que esta intervenção se possa tornar útil na capacitação das pessoas para a resolução de problemas, essencialmente, emocionais.

Palavras-Chave: Enfermagem psiquiátrica; Relações enfermeiro-paciente; Psicoterapia; Cognição; Psicometria.

RESUMEN

Introducción: En Portugal, la implementación de intervenciones psicoterapéuticas en Enfermería está regulada como una competencia específica de las enfermeras especializadas en Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica. Sin embargo, estas enfermeras se enfrentan a varias dificultades en su práctica para poder implementar este tipo de intervenciones, ya que existen importantes brechas en cuanto a su estructura, contenido y sistematización. En la literatura se describe que la relación de ayuda profesional puede considerarse una intervención de Enfermería. Sin embargo, es importante conocer sus características, contenidos y procedimientos, para que pueda ser validada como una intervención psicoterapéutica de enfermería, basada en los conocimientos de enfermería y practicable por enfermeras especializadas en Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica.

Objetivos: desarrollar y evaluar la validez de contenido de la relación de ayuda profesional como intervención psicoterapéutica de enfermería, y desarrollar los instrumentos necesarios para una mayor evaluación de la efectividad de la relación de ayuda profesional en un contexto clínico.

Métodos: Esta investigación se realizó a través de cuatro estudios. El primero fue una revisión de la literatura, utilizando bases de datos en línea MEDLINE con texto completo a través de EBSCOhost, CINAHL Plus con texto completo a través de EBSCO, Web of Science Core Collection a través de Web of Science, Scopus a través de B-on, ScienceDirect a través de B-on y consulta de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos. El instrumento de extracción de datos se desarrolló en base al modelo recomendado por el Instituto Joanna Briggs. El segundo estudio consistió en un e-Delphi modificado en el que se recopilaron datos entre enero y mayo de 2018 a través de dos rondas de cuestionarios en línea. El tercer estudio incluyó un estudio psicométrico en el que se realizó la adaptación cultural y la evaluación de las propiedades psicométricas del Resultado "Cognición" de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) en una muestra de adultos portugueses con enfermedad mental. El cuarto estudio tuvo como objetivo desarrollar una escala para evaluar la calidad de la relación terapéutica, desde la perspectiva de la enfermera, a través de una revisión de la literatura y un grupo de expertos, comprendiendo también la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala, utilizando una

muestra de 221 enfermeras especialistas en Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica. La confiabilidad se evaluó mediante la consistencia interna y la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio, el análisis paralelo de Classic Horn y el bifactor exploratorio puro. Finalmente, con todos los resultados de los estudios mencionados, se elaboró un manual para operativizar la relación de ayuda como intervención de Enfermería.

Resultados: En el primer estudio se encontraron 729 artículos y se identificaron 13 registros adicionales. Después de analizar toda la literatura, se recogieron datos relacionados con el objetivo de la relación de ayuda profesional, y los datos recogidos apuntan a la necesidad de formar a las personas para resolver sus problemas. El estrés, la culpa, los cambios de humor, la baja autoestima, la ideación suicida, la alteración de la imagen corporal y la incapacidad para interactuar satisfactoriamente con uno mismo o con el entorno que los rodea fueron los principales problemas identificados en que la relación de ayuda profesional era efectiva. En cuanto a las habilidades y actitudes del enfermero, se destaca la aceptación incondicional, la empatía y la capacidad de no juzgar a los demás. Finalmente, este estudio también reveló que la relación de ayuda profesional se desarrolla en un conjunto de fases, en las que hay actividades específicas que las concretan.

El segundo estudio permitió consensuar el objetivo de la relación de ayuda profesional, cuáles son sus supuestos y las competencias clave asociadas al enfermero para su implementación, con un perfecto consenso en la empatía, comprensión, capacidad de no juzgar, honestidad y capacidad de escuchar. También permitió consensuar los focos de atención para la práctica de Enfermería que pueden derivar en diagnósticos de Enfermería susceptibles de prescripción de esta intervención, siendo la autoestima, el dolor y la ansiedad los focos que obtuvieron mayor consenso entre los expertos. Finalmente, los procedimientos / contenidos / actividades a realizar en cada sesión de la intervención también fueron sometidos a evaluación por expertos, con énfasis en la escucha activa, aclaración del diagnóstico de enfermería, identificación de los recursos de la persona, identificación de estrategias para resolver el problema y entrenamiento cognitivo.

En el tercer estudio, la versión final en portugués europeo del resultado NOC “Cognición”, compuesto por 13 ítems, presentó buenas propiedades psicométricas y el análisis factorial exploratorio realizado identificó solo un factor. Con el estudio número cuatro se desarrolló la Escala de Evaluación de la Relación Terapéutica - Enfermera, con una consistencia interna total (alfa de Cronbach) de 0.93, variando de 0.78 a 0.88 para cada uno de los factores. La escala mostró una buena estabilidad temporal (ICC = 0.86), mostrando un buen ajuste tanto para una estructura de cuatro factores como para una estructura unidimensional. Finalmente, el manual permitió la recopilación de todos los resultados de estudios previos.

Conclusión: el hecho de que se haya alcanzado un consenso sobre el contenido y procedimientos de la relación de ayuda como intervención psicoterapéutica en Enfermería parece ser importante para orientar al enfermero especializado en la implementación de intervenciones psicoterapéuticas en Enfermería PAMS y permitir que esta intervención sea útil para empoderar a las personas en la resolución de problemas esencialmente emocionales.

Palabras clave: Enfermería psiquiátrica; Relaciones enfermera-paciente; Psicoterapia; Cognición; Psicometría.

RESUM

Introducció: A Portugal, la implementació d'intervencions psicoterapèutiques en Infermeria està regulada com una competència específica de les infermeres especialitzades en Salut Mental i Infermeria Psiquiàtrica. No obstant això, aquestes infermeres s'enfronten a diverses dificultats en la seva pràctica per a poder implementar aquest tipus d'intervencions, ja que existeixen importants bretxes quant a la seva estructura, contingut i sistematització. En la literatura es descriu que la relació d'ajuda professional pot considerar-se una intervenció d'Infermeria. No obstant això, és important conèixer les seves característiques, continguts i procediments, perquè pugui ser validada com una intervenció psicoterapèutica d'infermeria, basada en els coneixements d'infermeria i practicable per infermeres especialitzades en Salut Mental i Infermeria Psiquiàtrica.

Objectius: desenvolupar i avaluar la validesa de contingut de la relació d'ajuda professional com a intervenció psicoterapèutica d'infermeria, i desenvolupar els instruments necessaris per a una major avaluació de l'efectivitat de la relació d'ajuda professional en un context clínic.

Mètodes: Aquesta recerca es va realitzar a través de quatre estudis. El primer va ser una revisió de la literatura, utilitzant bases de dades en línia MEDLINE amb text complet a través de EBSCOhost, CINAHL Plus amb text complet a través de EBSCO, Web of Science Core Collection a través de Web of Science, Scopus a través de B-on, ScienceDirect a través de B-on i consulta de les referències bibliogràfiques dels articles inclosos. L'instrument d'extracció de dades es va desenvolupar sobre la base del model recomanat per l'Institut Joanna Briggs. El segon estudi va consistir en un e-Delphi modificat en el qual es van recopilar dades entre gener i maig de 2018 a través de dues rondes de qüestionaris en línia. El tercer estudi va incloure un estudi psicomètric en el qual es va realitzar l'adaptació cultural i l'avaluació de les propietats psicomètriques del Resultat "Cognició" de la Classificació de Resultats d'Infermeria (NOC) en una mostra d'adults portuguesos amb malaltia mental. El quart estudi va tenir com a objectiu desenvolupar una escala per a avaluar la qualitat de la relació terapèutica, des de la perspectiva de la infermera, a través d'una revisió de la literatura i un grup d'experts, comprenent també l'avaluació de les propietats psicomètriques de l'escala, utilitzant una mostra de 221 infermeres especialistes

en Salut Mental i Infermeria Psiquiàtrica. La confiabilitat es va avaluar mitjançant la consistència interna i la validesa de constructe mitjançant l'anàlisi factorial exploratòria, l'anàlisi paral·lela de Classic Horn i el bifactor exploratori pur. Finalment, amb tots els resultats dels estudis esmentats, es va elaborar un manual per a operativitzar la relació d'ajuda com a intervenció d'Infermeria.

Resultats: En el primer estudi es van trobar 729 articles i es van identificar 13 registres addicionals. Després d'analitzar tota la literatura, es van recollir dades relacionades amb l'objectiu de la relació d'ajuda professional, i les dades recollides apunten a la necessitat de formar a les persones per a resoldre els seus problemes. L'estrès, la culpa, els canvis d'humor, la baixa autoestima, la ideació suïcida, l'alteració de la imatge corporal i la incapacitat per a interactuar satisfactòriament amb un mateix o amb l'entorn que els envolta van ser els principals problemes identificats en què la relació d'ajuda professional era efectiva. Quant a les habilitats i actituds de l'infermer, es destaca l'acceptació incondicional, l'empatia i la capacitat de no jutjar als altres. Finalment, aquest estudi també va revelar que la relació d'ajuda professional es desenvolupa en un conjunt de fases, en les quals hi ha activitats específiques que les concreten.

El segon estudi va permetre consensuar l'objectiu de la relació d'ajuda professional, quins són els seus supòsits i les competències clau associades a l'infermer per a la seva implementació, amb un perfecte consens en l'empatia, comprensió, capacitat de no jutjar, honestedat i capacitat d'escoltar. També va permetre consensuar els focus d'atenció per a la pràctica d'Infermeria que poden derivar en diagnòstics d'Infermeria susceptibles de prescripció d'aquesta intervenció, sent l'autoestima, el dolor i l'ansietat els focus que van obtenir major consens entre els experts. Finalment, els procediments / continguts / activitats a realitzar en cada sessió de la intervenció també van ser sotmesos a avaluació per experts, amb èmfasis en l'escolta activa, aclariment del diagnòstic d'infermeria, identificació dels recursos de la persona, identificació d'estratègies per a resoldre el problema i entrenament cognitiu.

En el tercer estudi, la versió final en portuguès europeu del resultat NOC "Cognició", compost per 13 ítems, va presentar bones propietats psicomètriques i l'anàlisi factorial exploratòria realitzat va identificar només un factor. Amb l'estudi

número quatre es va desenvolupar a *Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse*, amb una consistència interna total (alfa de Cronbach) de 0.93, variant de 0.78 a 0.88 per a cadascun dels factors. L'escala va mostrar una bona estabilitat temporal (ICC = 0.86), mostrant un bon ajust tant per a una estructura de quatre factors com per a una estructura unidimensional. Finalment, el manual va permetre la recopilació de tots els resultats d'estudis previs.

Conclusió: el fet que s'hagi aconseguit un consens sobre el contingut i procediments de la relació d'ajuda com a intervenció psicoterapèutica en Infermeria sembla ser important per a orientar l'infermer especialitzat en la implementació d'intervencions psicoterapèutiques en Infermeria PAMS i permetre que aquesta intervenció sigui útil per a apoderar a les persones en la resolució de problemes essencialment emocionals.

Paraules clau: Infermeria psiquiàtrica; Relacions infermera-pacient; Psicoteràpia; Cognició; Psicometria.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, the performance of nursing psychotherapeutic interventions is regulated as a specific competence of mental health nurses. However, these nurses face several difficulties in their clinical practice in order to perform this type of interventions, as there are significant gaps regarding their structure, content and systematisation. In literature, professional helping relationship can be considered as a nursing intervention. However, it is important to know its characteristics, contents and procedures, in order to validate it as a nursing psychotherapeutic nursing based on nursing knowledge and feasible by mental health nurses.

Aims: To develop and evaluate the content validity of the professional helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention, and to develop the tools which are the foundation for further evaluation of the effectiveness of the professional helping relationship in a clinical setting.

Methods: This research was divided into four studies. The first study was a scoping review, which was carried out recurring to online databases, such as MEDLINE with full text (via EBSCOhost), CINAHL Plus with full text (via EBSCOhost), Web of Science Core Collection (via Web of Science), Scopus (via b-on), ScienceDirect (via b-on), and consultation of the references of the included papers. The data extraction tool was developed having on its basis the model recommended by the Joanna Briggs Institute. The second study was a modified e-Delphi study, in which data were collected between January and May 2018 through two rounds of online questionnaires. The third study was a psychometric study, in which cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Nursing Outcome Classification (NOC) outcome "Cognition" were carried out in a sample of Portuguese adults with mental illness. The fourth study aimed to develop a scale for evaluating the quality of the therapeutic relationship, from the perspective of the nurse, through a literature review and subsequent group of experts' meeting, also comprising the evaluation of the scale's psychometric properties in a sample of 221 mental health nurses. The reliability of the scale was assessed by internal consistency and its construct validity was assessed by exploratory factor analysis, Classic Horn's Parallel Analysis, and Pure Exploratory Bifactor. Finally, grounded on all the results of the aforementioned

studies, a manual for operationalising the helping relationship as a nursing intervention was prepared.

Results: In the first study, 729 papers were found and 13 additional records were identified. After analysing the literature, data related to the aim of the professional helping relationship were gathered, and those data suggested its aim is to train a person to solve a problem. Stress, guilt, mood changes, low self-esteem, suicidal ideation, body image disturbance, and the inability to interact satisfactorily with oneself or with the environment that surrounds the patient were the main problems that the professional helping relationship could address. Regarding the nurse's skills and attitudes, unconditional acceptance, empathy and the ability to not judge others were highlighted. Finally, this study also revealed that the professional helping relationship takes place in a set of phases, which are composed by several activities. The second study made it possible to agree on the aim of the professional helping relationship, its assumptions and the key competences associated with the nurse for its performance, having been reached perfect consensus on empathy, understanding, the ability to not judge, honesty and the ability to listen. It also made it possible to consensualise the nursing focuses that can lead to nursing diagnoses liable to the prescription of professional helping relationship. The focuses that were more consensual were self-esteem, grief and anxiety. Finally, the procedures / contents / activities to be carried out in each session of the intervention were also assessed by the experts. They emphasised the active listening, the clarification of the nursing diagnosis, the identification of the patient's resources, and the identification and training of strategies for problem-solving. In the third study, the final version in European Portuguese of the NOC outcome "Cognition", composed by 13 items, presented good psychometric properties, and the exploratory factor analysis carried out identified only one factor. In the fourth study the Therapeutic Relationship Assessment Scale - Nurse was developed, and it presented a total internal consistency (Cronbach's alpha) of .93, ranging from .78 to .88 for each of the factors. The scale presented a good temporal stability (ICC = .86), as well as a good adjustment both to a four-factor structure and to a one-factor structure. Finally, the manual allowed the compilation of all the results of the studies that were previously carried out.

Conclusion: Reaching consensus on the content and procedures of the professional helping relationship, assumed as a nursing psychotherapeutic intervention, seems to be important to guide mental health nurses' practice on the performance of nursing psychotherapeutic interventions, as well as to allow this intervention to be a useful tool in empowering patients to solve, mostly, emotional problems.

Keywords: Psychiatric nursing; Nurse-patient relationships; Psychotherapy; Cognition; Psychometrics.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) têm a competência específica para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, de acordo com o Regulamento nº. 515/2018. O modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluçh Canut em 2017, representa a base para o desenvolvimento e estruturação da intervenção psicoterapêutica em Enfermagem numa ótica de intervenção autónoma e fruto de um corpo de conhecimento próprio da disciplina de Enfermagem. Por se tratar do único modelo de intervenção psicoterapêutica específico da disciplina de Enfermagem encontrado na literatura, o presente trabalho ancorou-se no mesmo para a estruturação da relação de ajuda profissional (RAP) enquanto intervenção autónoma de Enfermagem.

Em primeiro lugar, é fundamental esclarecer a abordagem do conceito de Enfermagem considerado neste trabalho. De acordo com a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau (1952), a prática de Enfermagem assenta na atenção dada ao utente, às suas necessidades e perceções. O papel do enfermeiro deve estar centrado na qualidade da relação interpessoal entre o próprio e o utente (Hagerty, Samuels, Norcini-Pala & Gigliotti, 2017). Já segundo Meleis e Trangenstein (1994), a Enfermagem facilita os processos de transição por forma a melhorar a sensação de bem-estar por via de terapêuticas de Enfermagem nas quais parece ser enquadrável a RAP. Ao longo de todo este trabalho foi também assumido o pressuposto de Chalifour (2008) de que a relação é crucial no processo de cuidar em Enfermagem e de que as relações interpessoais significativas são capazes de diminuir o sofrimento da pessoa. Também Callista Roy entende Enfermagem como uma profissão de prestação de cuidados que se centra exclusivamente nos processos de vida humanos, enfatizando a promoção da saúde da pessoa e melhorando a sua capacidade de adaptação (Roy, 1984).

Em segundo lugar, é também relevante clarificar o conceito de “diagnóstico de Enfermagem” e “intervenção de Enfermagem”. De acordo com a NANDA International, Inc. (NANDA-I) (2014), os diagnósticos de Enfermagem podem estar focados num problema, na promoção da saúde ou num risco potencial. Um

diagnóstico de Enfermagem centrado no problema é um julgamento crítico sobre uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde ou processo de vida que ocorre na pessoa, família ou comunidade. Um diagnóstico de Enfermagem de risco trata-se de um julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de uma pessoa, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável às condições de saúde ou processos de vida. Por fim, um diagnóstico de Enfermagem de promoção da saúde abrange uma avaliação clínica sobre a motivação e o desejo de aumentar o bem-estar. O recurso a diagnósticos de Enfermagem para nortear a prática clínica é comum em vários países, sejam eles identificados tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) ou Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e Classificação (NANDA-Internacional). A identificação de diagnósticos de Enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de Enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2014), que se assumem como qualquer tratamento, baseado num julgamento clínico e conhecimento, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados da pessoa (Bulechek, Butcher, Docterman, & Wagner, 2018). Quando esta é realizada pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, define-se como intervenção autónoma de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96).

Importa ainda clarificar o conceito de “intervenção complexa”, uma vez que este foi também considerado no desenvolvimento deste trabalho. As intervenções complexas são amplamente utilizadas na área da saúde e são descritas como intervenções que contêm vários componentes de interação (Craig et al., 2013). De acordo com o Medical Research Council (2008), a complexidade da intervenção varia em função dos comportamentos – por exemplo: (a) número de diferentes comportamentos, (b) interação entre comportamentos, (c) dificuldade desses comportamentos quer para quem executa a intervenção, quer para quem a recebe; os resultados, do número e da variabilidade, e por fim, da execução, do grau de flexibilidade da intervenção.

Em terceiro lugar, é necessário diferenciar os conceitos de "psicoterapia" e “intervenção psicoterapêutica”. Segundo a Associação Americana de Psicologia

(2017) a psicoterapia envolve a comunicação entre os clientes e terapeutas que se destinam a ajudar as pessoas a diminuir o sofrimento emocional, através da alteração de comportamento e/ou pensamentos. Trata-se de um processo sistematizado, que decorre num determinado período de tempo e que através do contacto e relação entre uma pessoa com um problema e um terapeuta, este procura reduzir o mau estar da pessoa, produzindo mudanças nos sentimentos, atitudes e comportamentos (Frank & Frank, 1993; Frank in Bloch, 2006). A intervenção psicoterapêutica assume-se como a aplicação informada e intencional de técnicas oriundas da psicoterapia com a finalidade de auxiliar a pessoa na adaptação dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Norcross in Zeig & Munion, 1990). Alguns exemplos deste tipo de intervenção, no contexto específico da Enfermagem, são descritos na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2012), tais como a reestruturação cognitiva (4700), o aconselhamento (5240) e o treino de assertividade (4340). O estudo realizado por Sampaio, Sequeira e Lluch Canut em 2014 permitiu identificar as intervenções descritas na NIC que podem ser consideradas psicoterapêuticas.

A relação de ajuda profissional pode assumir-se, em si mesma, como uma intervenção. Neste estudo a relação de ajuda foi assumida, fazendo uso das designações propostas por Reynolds e Scott (1999), numa lógica de aconselhamento e/ou psicoterapia ao invés de enquanto relação humana, relação terapêutica ou relação interpessoal. Como tal, entendeu-se a relação de ajuda como uma intervenção que tem na sua base a relação terapêutica, mas que vai para além desta. Assim, esta trata-se de uma intervenção particularmente significativa dado que a pessoa que ajuda (enfermeiro) está disponível para o outro (utente) e para a sua situação de eventual sofrimento (Phaneuf, 2005). A RAP assenta numa abordagem não diretiva, centrada na pessoa, de modo a criar um ambiente propício ao crescimento no qual o utente possa ser autêntico, compreendido e aceite (Tavares, 1996). Enquanto intervenção de Enfermagem, a RAP requer planeamento, estruturação e objetivos bem definidos (Simões e Rodrigues, 2010). Esta implica o agendamento de diferentes contactos, em que cada um apresenta uma determinada estrutura (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Tal como já apresentado anteriormente, os enfermeiros especialistas em ESMP reúnem conhecimento e competências para a execução de intervenções no domínio psicoterapêutico. No entanto, estes profissionais encontram vários obstáculos para colocar em prática este tipo de intervenções, que muito se deve à ausência de sistematização das mesmas. Ao longo deste trabalho foi considerada a premissa de que a sistematização da intervenção psicoterapêutica em Enfermagem e a avaliação da sua eficácia é de extrema importância para a prática, não só porque enriquece a prestação de cuidados, mas também permite realizar uma melhor avaliação dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde das pessoas. De acordo com Marks (2002), as intervenções psicoterapêuticas executadas por enfermeiros alcançam resultados igualmente positivos no tratamento da pessoa com doença mental quando comparadas com as intervenções de outros profissionais.

Tendo em conta todos os dados referidos previamente, o que parece claro é a necessidade de enriquecer o corpo de conhecimentos de Enfermagem no domínio da intervenção psicoterapêutica. Face à lacuna existente no que à RAP diz respeito, quanto à sua sistematização, foi desenvolvido o presente trabalho com o objetivo de (A) desenvolver e avaliar a validade de conteúdo da relação de ajuda profissional enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, e (B) desenvolver os instrumentos necessários para posterior avaliação da eficácia da relação de ajuda profissional em contexto clínico.

A presente tese de Doutoramento foi elaborada no âmbito do *Programa de Doctorat en Infermeria i Salut* da Universidade de Rovira i Virgili. Este trabalho teve início em Dezembro de 2016, tendo o relatório referente ao mesmo sido concluído em Novembro de 2020. A tese apresenta inicialmente os objetivos da investigação, seguidos dos métodos utilizados. Posteriormente são apresentados os três artigos já publicados em revistas científicas, o quarto artigo que se encontra atualmente em revisão e a quinta publicação, que diz respeito ao manual de operacionalização da relação de ajuda. Os artigos são apresentados conforme as etapas percorridas ao longo do processo de

investigação. Finalmente, são apresentadas as principais conclusões, bem como algumas limitações e recomendações para investigações futuras neste domínio.

Por forma a sustentar a pesquisa, foi consultada bibliografia disponível na Escola Superior de Enfermagem do Porto, bem como artigos disponíveis nas seguintes bases de dados online: Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text, Web of Science, and Scopus.

OBJETIVOS

Este trabalho apresenta dois objetivos gerais:

(A) Desenvolver e avaliar a validade de conteúdo da relação de ajuda profissional enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem.

(B) Desenvolver os instrumentos necessários para posterior avaliação da eficácia da relação de ajuda profissional em contexto clínico.

Assim, os objetivos específicos deste trabalho foram:

(A1) Mapear a literatura relativa à relação de ajuda enquanto intervenção de Enfermagem.

(A2) Avaliar a validade de conteúdo da relação de ajuda enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem.

(B1) Adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas do resultado NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) “Cognição” (0900) numa amostra de adultos portugueses com doença mental.

(B2) Desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas de uma escala que permita avaliar a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o utente, na perspetiva do enfermeiro.

(B3) Criar um manual de operacionalização da intervenção “relação de ajuda profissional”.

MÉTODOS

Neste trabalho, tal como anteriormente referido, a RAP foi considerada como uma intervenção complexa, na medida em que esta abrange diferentes componentes de interação. Nesse sentido, optou-se por seguir o método sugerido por Richards e Hallberg (2015) para desenvolver e avaliar a validade de conteúdo da RAP enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem.

De acordo com o Medical Research Council (2008), o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas divide-se em quatro etapas: (1) desenvolvimento, (2) *feasibility study* / estudo-piloto, (3) avaliação, e (4) implementação. Neste trabalho de investigação foi concluída a etapa 1 (desenvolvimento) e foram desenvolvidas todas as ferramentas necessárias para que se possa avançar, posteriormente, para a etapa 2.

Para o desenvolvimento da RAP enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem foi utilizado como base o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluç Canut (2017). Esta opção relacionou-se com o facto de se considerar que este representa uma base sólida para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas no domínio disciplinar e profissional de Enfermagem enquanto intervenções autónomas e que advêm do corpo de conhecimento de Enfermagem.

De modo a melhor espelhar a relação entre as diferentes fases do desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, os objetivos deste trabalho de investigação (apresentados no capítulo anterior), e os diferentes estudos que foram desenvolvidos para dar resposta a esses objetivos, foi elaborado um esquema (Figura 1) para esse fim.

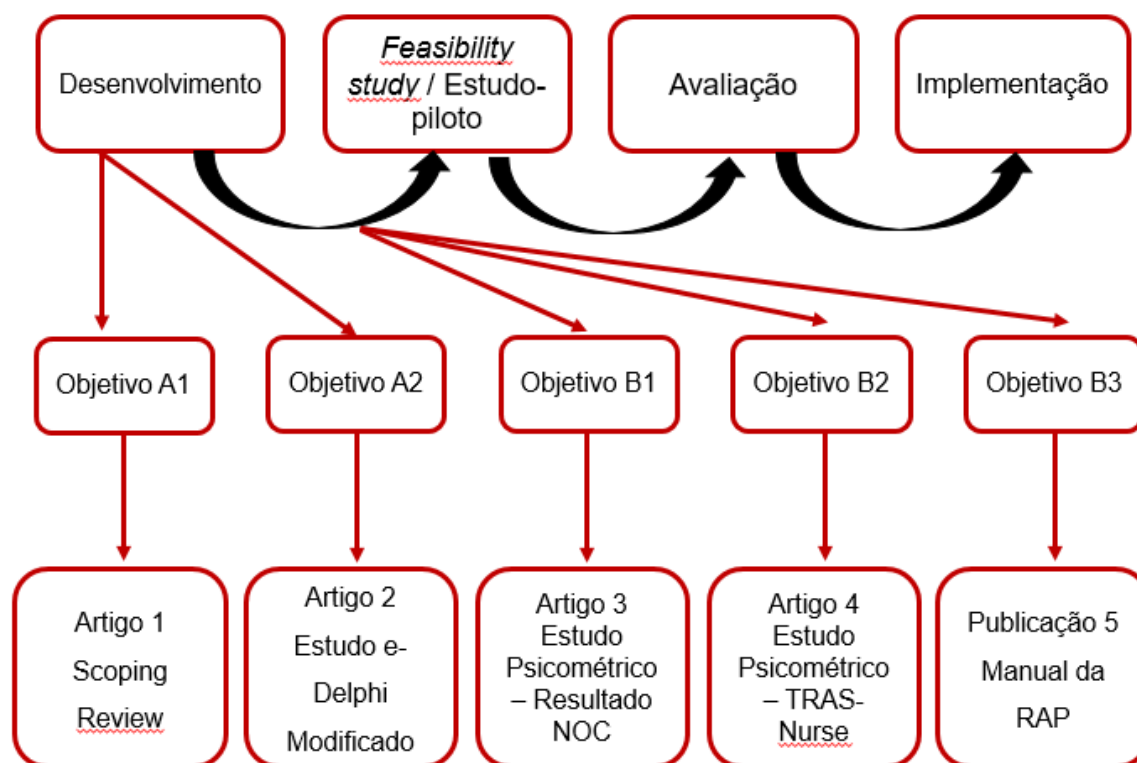


Figura 1: ligação entre os objetivos e estudos realizados.

O primeiro objetivo específico do presente estudo (objetivo A1) foi concretizado através do artigo 1, por via de uma *scoping review* que visou mapear as competências/atitudes/comportamentos que deve reunir o enfermeiro especialista em ESMP para executar a RAP, os objetivos da intervenção, as necessidades/problemas aos quais a RAP é passível de dar resposta, e os conteúdos, procedimentos e atividades que permitem concretizar a intervenção. Foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE with full text (via EBSCOhost), CINAHL Plus with full text (via EBSCO), Web of Science Core Collection (via Web of Science), Scopus (via B-on), ScienceDirect (via B-on), e consulta das referências bibliográficas dos artigos incluídos. O instrumento de extração de dados foi elaborado com base no modelo preconizado pelo Joanna Briggs Institute.

O segundo objetivo específico (objetivo A2) foi concretizado no artigo 2, no qual foi realizado um estudo e-Delphi modificado com recurso a um questionário *online*. Para a seleção da amostra recorreu-se a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Todos os peritos considerados no estudo

eram, obrigatoriamente, enfermeiros especialistas em ESMP, no mínimo com dois anos de experiência profissional, e podiam desenvolver a sua atividade profissional em diferentes contextos, como a prática clínica, docência e gestão. Foi definida, *a priori*, a realização máxima de três rondas, uma vez que é difícil manter uma taxa de resposta significativa ao fim de várias rondas (Keeney et al., 2001). Segundo Atkinson e Gold (2001), a taxa de resposta mínima recomendada para um estudo deste tipo para cada ronda é de 40 a 50% pelo que se procurou dar resposta, em todas as rondas, a esta premissa. O nível de consenso estabelecido neste estudo foi de 75%. Na literatura não existe uma indicação clara para o nível de consenso, mas 75% de respostas no sentido de concordância parece ser o valor mínimo sugerido (Keeney et al., 2006), sendo 100% considerado como consenso perfeito (Scarparo et al., 2012). O parecer da comissão de ética para a realização deste estudo encontra-se em anexo (Anexo I).

De modo a que no futuro seja possível avançar para a realização do *feasibility study* / estudo-piloto e etapas posteriores, foram desenvolvidas as ferramentas necessárias para a avaliação da eficácia da relação de ajuda profissional em contexto clínico.

Tendo por base os resultados obtidos nos estudos prévios, e tendo em conta os requisitos definidos pelo modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2017) para a implementação de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, emergiu a evidência de que uma alteração cognitiva significativa por parte da pessoa alvo da RAP constituiria um critério de exclusão para a implementação da mesma. Nesse seguimento surgiu o objetivo B1, concretizado no artigo 3, que visou e permitiu a adaptação cultural e a avaliação das propriedades psicométricas do resultado NOC “Cognição” (0900) junto de pessoas adultas portuguesas com doença mental. A colheita de dados decorreu num hospital público da região Norte de Portugal, após aprovação da comissão de ética para a realização do estudo (Anexo II). Neste estudo recorreu-se à versão portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro et al., 1994) (Anexo III) para fins de

avaliação da validade concorrente. A versão final do resultado NOC “Cognição” (0900) obtida neste estudo é constituída por um total de 13 itens (Anexo IV).

Por outro lado, o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2017) evidencia a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade antes da implementação de qualquer intervenção psicoterapêutica, sendo também este um requisito obrigatório para a concretização da RAP. De acordo com Moreno-Poyato et al. (2017), consubstanciando e indo de encontro a esta ideia, relações terapêuticas fortes aumentam a eficácia das intervenções de Enfermagem, melhorando o bem-estar da pessoa. Neste sentido, surgiu o objetivo B2, materializado no artigo 4 (em fase de *peer review* no *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*), que possibilitou o desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da *Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse (TRAS-Nurse)*, uma escala de avaliação da qualidade da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o utente na perspetiva do enfermeiro. Este estudo foi sujeito a apreciação por parte de uma comissão de ética, com parecer favorável por parte da mesma para a sua realização (Anexo V).

Por último, foi elaborado um manual de operacionalização da RAP, concretizando o objetivo B3 e dando origem à publicação 5. Este manual visa constituir uma ferramenta de suporte para o planeamento e execução da RAP enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, sendo que toda a informação que consta no manual resultou dos estudos previamente realizados. Assim, o manual apresenta a definição da RAP, os seus objetivos, os diagnósticos de Enfermagem aos quais é passível de dar resposta, a forma como deve ser planeada e estruturada, os seus conteúdos e procedimentos. O desenvolvimento deste manual visou garantir alguma uniformização na implementação da RAP em contexto clínico, aspeto fundamental para efeitos de investigação, nomeadamente para o *feasibility study* / estudo-piloto e estudo clínico randomizado controlado que, posteriormente, deverão ser realizados para avaliar a sua eficácia.

RESULTADOS

Artigo 1

A relação de ajuda como intervenção de Enfermagem: uma *scoping review*

Artigo de Revisão

Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpasm.0273>

9 A RELAÇÃO DE AJUDA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: UMA SCOPING REVIEW

| Joana Coelho¹; Francisco Sampaio²; Sónia Teixeira³; Vítor Parola⁴; Carlos Sequeira⁵; Mar L. Fortuño⁶; Juan R. Merino⁷ |

RESUMO

INTRODUÇÃO: O conceito de “relação de ajuda” é amplamente utilizado pelos profissionais de Enfermagem e, sobretudo, pelos enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria. Porém, existem lacunas no que diz respeito à sua definição e às suas características, o que dificulta a sua implementação na prestação de cuidados.

OBJETIVO: Mapear a literatura relativa à relação de ajuda como intervenção de Enfermagem.

MÉTODOS: realizada pesquisa na MEDLINE with full text via EBSCOhost, CINAHL Plus with full text via EBSCO, Web of Science Core Collection via Web of Science, Scopus via B-on, ScienceDirect via B-on e consulta das referências bibliográficas dos artigos incluídos. O instrumento de extração de dados foi elaborado com base no modelo preconizado pelo Joanna Briggs Institute.

RESULTADOS: Pela pesquisa direta em bases de dados resultaram 729 artigos. Foram 13 os registos adicionais identificados através de outras fontes. O enfermeiro pode executar a relação de ajuda e para tal deve primar pela capacidade de escuta, empatia, aceitação e respeito. As principais necessidades nas quais a relação de ajuda profissional pode ser útil são a ansiedade, a tristeza e o luto. A concretização da relação de ajuda deve incluir um conjunto de sessões nas quais são executadas técnicas, como a escuta ativa.

CONCLUSÕES: A relação de ajuda, no domínio da Enfermagem, visa satisfazer uma necessidade da pessoa sendo ela, necessariamente, detentora de todos os recursos para a resolução da mesma. Implica que o enfermeiro reúna um conjunto de atitudes e desenvolva diferentes ações para levar a cabo a relação de ajuda como intervenção de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem psiquiátrica; Relações enfermeiro-paciente; Revisão

RESUMEN

“La relación de ayuda como intervención de enfermería: Una scoping review”

INTRODUCCIÓN: El concepto de “relación de ayuda” es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería y, sobre todo, por las enfermeras psiquiátricas y de salud mental. Sin embargo, existen lagunas con respecto a su definición y características, que dificultan su implementación en la provisión de atención.

OBJETIVO: Mapear la literatura sobre la relación de ayuda como una intervención de enfermería.

METODOLOGÍA: investigación realizada en MEDLINE with full text a través de EBSCOhost, CINAHL Plus with full text a través de EBSCO, Web of Science Core Collection a través de Web of Science, Scopus a través de B-on, ScienceDirect a través de B-on y consulta de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos. El instrumento de extracción de datos fue desarrollado en base al modelo recomendado por el Instituto Joanna Briggs.

RESULTADOS: Las búsquedas directas en las bases de datos dieron como resultado 729 artículos. Hubo 13 registros adicionales identificados a través de otras fuentes. La enfermera puede ejecutar la relación de ayuda y, para eso, debe sobresalir en su capacidad de escuchar, empatizar, aceptar y respetar. Las principales necesidades en las que la relación de ayuda profesional puede ser útil son la ansiedad, la tristeza y el dolor. La realización de la relación de ayuda debe incluir un conjunto de sesiones en las que se realizan técnicas, como la escucha activa.

CONCLUSIONES: La relación de ayuda, en el campo de la Enfermería, tiene como objetivo satisfacer las necesidades de una persona, siendo, necesariamente, el titular de todos los recursos para su resolución. Implica que las enfermeras recopilan un conjunto de actitudes y desarrollan diferentes acciones para llevar a cabo la relación de ayuda como una intervención de enfermería.

DESCRIPTORES: Enfermería psiquiátrica; Relaciones enfermero-paciente; Revisión

ABSTRACT

“The helping relationship as a nursing intervention: A scoping review”

BACKGROUND: The concept of “helping relationship” is widely used by nursing professionals and, above all, by mental health and psychiatric nurses. However, there are gaps with regard to its definition and characteristics, which hinder its implementation in the provision of care.

AIM: Map the literature on the helping relationship as a nursing intervention.

METHODS: research conducted at MEDLINE with full text via EBSCOhost, CINAHL Plus with full text via EBSCO, Web of Science Core Collection via Web of Science, Scopus via B-on, ScienceDirect via B-on and consultation of the bibliographic references of the included articles. The data extraction instrument was developed based on the model recommended by the Joanna Briggs Institute.

RESULTS: Direct searches in databases resulted in 729 articles. There were 13 additional records identified through other sources. The nurse can execute the help relationship and, for that, he must excel in his ability to listen, empathize, accept and respect. The main needs in which the professional help relationship can be useful are anxiety, sadness and grief. The realization of the help relationship must include a set of sessions in which techniques are performed, such as active listening.

CONCLUSIONS: The helping relationship, in the field of Nursing, aims to satisfy a person's need, being, necessarily, the holder of all the resources for its resolution. It implies that nurses gather a set of attitudes and develop different actions to carry out the help relationship as a Nursing intervention.

KEYWORDS: Psychiatric nursing; Nurse-patient relations; Review

Submetido em 31-03-2019
Aceite em 02-07-2019

1 Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Doutoranda em “Enfermería y Salud”; Investigadora Colaboradora no CINTESIS, grupo NursID; Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal, joana.ferreira.coelho@chvng.min-saude.pt

2 Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador Doutoramento Integrado no CINTESIS, grupo NursID; Investigador de Pós-Doutoramento na Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; Professor Adjunto na Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, fsampaio@ufp.edu.pt

3 Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Doutoranda em “Enfermería y Salud” na Universitat Rovira i Virgili; Investigadora Colaboradora no CINTESIS, grupo NursID; Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal, sonia.teixeira.esenf@gmail.com

4 Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs; Professor Adjunto na Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, vparola@ufp.edu.pt

5 Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador Principal no CINTESIS, grupo NursID; Professor Coordenador na ESEP, Porto, Portugal, carlossequeira@esenf.pt

6 Doutora em Tecnologia Educativa; Diretora da Saúde de Terres de l'Ebre; Professora Titular na Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha, mlleixafebre.ics@gencat.cat

7 Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador no Grupo de Estudos em Invariância de Instrumentos de Medição e Análise de Mudança no Meio Social e da Saúde; Professor Titular no Campus Docent Sant Joan de Déu, Barcelona, Espanha, jroldan@santjoandedeu.edu.es

Citação: Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), 63-72.

INTRODUÇÃO

No contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) a relação é crucial no processo de cuidar, na medida em que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental assenta, essencialmente, em relações interpessoais significativas (Chalfour, 2008).

O conceito de relação pode ser interpretado de diferentes formas: este pode dizer respeito à (1) relação somente enquanto interação entre duas ou mais pessoas; (2) pode também assumir-se enquanto relação terapêutica, assentando numa relação interpessoal entre o profissional de saúde e o utente que tem como propósito a satisfação das necessidades do último (em função do conhecimento e habilidades do profissional de saúde) (Pullen & Mathias, 2010). Este tipo de relação está associada a melhorias na satisfação do utente e na adesão ao tratamento (Kornhaber, Walsh, Duff & Walker, 2016); e, por fim, (3) pode apresentar-se enquanto relação de ajuda sendo que, nesse caso, esta pode ser considerada profissional ou informal (Simões, Fonseca e Belo, 2006). Apesar de tudo, a distinção destes conceitos nem sempre é totalmente clara. Reynolds e Scott (1999) sustentam a hipótese de que as relações de ajuda podem ser consideradas como aconselhamento, psicoterapia, relações humanas, relações terapêuticas, relações interpessoais, ensino ou, simplesmente, cuidar do outro, sendo que todas elas têm como principal objetivo a utilização da comunicação para compreender as necessidades da outra pessoa para que consiga lidar com mais eficácia com o seu problema, levando à sua redução ou resolução. Assim, e contrariamente ao que se verifica na relação terapêutica, a relação de ajuda pode assumir-se, em si mesma, como uma intervenção, enquanto que a relação terapêutica se assume como a relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o utente que subjaz a qualquer intervenção. A título de exemplo, Forchuk e Reynolds (2001, p. 49) afirmam que “os enfermeiros precisam de selecionar intervenções que sejam apropriadas a cada fase da relação”, o que indicia que a relação terapêutica se trata de um processo longitudinal, ao longo do qual se vão executando intervenções, e não de uma intervenção per se. No contexto do presente estudo assumir-se-á a relação de ajuda, fazendo uso das designações propostas por Reynolds e Scott (1999), mais numa lógica de aconselhamento e/ou psicoterapia do que enquanto relação humana, relação terapêutica ou relação interpessoal.

Na maioria dos casos verifica-se que o tipo de relação de

ajuda estabelecida é informal, ou seja, ocorre de forma imprevista, espontânea e é sujeita à imprevisibilidade dos contextos (Simões, Fonseca e Belo, 2006). Porém, caso a relação de ajuda se estabeleça em função de contactos previamente agendados, com uma determinada estrutura, considera-se que esta apresenta um cariz profissional (Simões, Fonseca e Belo, 2006). A relação de ajuda executada por profissionais de saúde, como o caso dos enfermeiros, exige um conhecimento aprofundado da pessoa que só é possível através de vários contactos previamente definidos, o que difere do counselling, no qual os intervenientes, à partida, são duas pessoas desconhecidas (McLeod, 2007).

A relação de ajuda profissional (RAP) é um meio poderoso de intervenção de Enfermagem (Simões e Rodrigues, 2010). Esta trata-se de uma intervenção particularmente significativa dado que a pessoa que ajuda (enfermeiro) está completamente disponível para o outro (utente) e para a sua situação de sofrimento (Phaneuf, 2005). A RAP assenta numa abordagem não diretiva, centrada na pessoa, de modo a criar um ambiente propício ao crescimento no qual o utente possa ser autêntico, compreendido e aceite (Tavares, 1996). Enquanto intervenção de Enfermagem, a RAP requer planeamento, estruturação e objetivos bem definidos (Simões e Rodrigues, 2010).

Apesar do conceito da RAP apresentado, a literatura apresenta lacunas naquilo que é claramente o seu objetivo, se tem conteúdos próprios e quais são, como deve ser operacionalizada, se existem problemas específicos que a pessoa pode apresentar e onde a RAP pode dar resposta e se, por exemplo, o enfermeiro que a executa deve reunir determinadas competências ou apresentar determinados comportamentos. Face ao anteriormente exposto, e estando a literatura dispersa, e tendo em conta as lacunas encontradas na literatura sobre a RAP enquanto intervenção de Enfermagem, o objetivo desta scoping review passa por mapear a literatura relativamente à relação de ajuda como intervenção de Enfermagem e quais as suas características fundamentais, a saber: a) atitudes/competências/comportamentos do enfermeiro para a sua execução; b) objetivos; c) necessidades/problemas aos quais pode dar resposta; e d) conteúdos/procedimentos/atividades.

Para dar resposta ao objetivo do estudo optou-se pela realização de uma scoping review, uma vez que este método permite avaliar a extensão, variedade e toda a natureza da literatura (estudos qualitativos, quantitativos, publicados ou não, literatura cinzenta), e não exclui estudos com base no desenho ou na qualidade da avaliação metodológica (Grant & Booth, 2009; Rumrill,

Fitzgerald, & Merchant, 2010). Na procura da evidência foi utilizada a estratégia PCC (Participantes, Conceito, Contexto) (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018), que se apresenta na Tabela 1.

Tabela 1 - Participantes, Conceito, Contexto

P	Participantes	Pessoas adultas (com idade igual ou superior a 18 anos)
C	Conceito	Relação de ajuda (considerados todos os estudos que descrevem o conceito, objetivos e/ou características da relação de ajuda como intervenção de Enfermagem)
C	Contexto	Sem limitações no contexto (considerados todos os potenciais contextos de implementação – hospitalar, ambulatório e comunitário)

Nesta revisão foram considerados apenas participantes com idade igual ou superior a 18 anos, na medida em que adolescentes e crianças implicam um conjunto de particularidades no planeamento e execução de qualquer intervenção (Reisman & Ribordy, 1993).

MÉTODOS

Dada a sua padronização, a elaboração de uma scoping review pressupõe rigor e transparência. Para a concretização deste estudo foram seguidas as indicações de Arksey e O'Malley (2005). De igual modo, a redação do presente artigo foi organizada de modo a ir de encontro à checklist PRISMA-ScR, desenvolvido por Tricco et al. (2018) para reportar scoping reviews. De acordo com Arksey e O'Malley (2005), as etapas preconizadas para a realização de uma scoping review são: (1) identificar a(s) questão(ões) de investigação; (2) pesquisa dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) análise dos resultados; e (5) agrupar, resumir e apresentar os resultados.

Questões de Investigação

A realização desta scoping review visou dar resposta às seguintes questões de investigação:

1. Que competências/atitude/comportamentos deve reunir o enfermeiro para executar a RAP?
2. Quais são os objetivos da RAP?
3. Quais são as necessidades/problemas aos quais a RAP pode dar resposta?
4. Que conteúdos/procedimentos/atividades devem compor a RAP?

Pesquisa dos Estudos Relevantes

Antes da identificação dos estudos potencialmente relevantes foram determinados search terms de acordo com as questões de investigação. Nesse seguimento, a pesquisa foi conduzida na MEDLINE with Full Text (via EBSCOhost), CINAHL Plus with Full Text (via EBSCOhost), Web of Science Core Collection (via Web of Science), Scopus (via b-on) e ScienceDirect (via b-on) utilizando os seguintes termos: (“helping relationship” OR “aid relationship”) AND (“nurs*”). Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, por serem os idiomas dominados pela equipa de investigação, não sendo definida especificação temporal por forma a serem obtidos tantos dados quanto possível sobre a RAP, independentemente, do ano dos estudos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em novembro de 2017. Foi também realizada uma pesquisa das referências bibliográficas nos estudos encontrados e ainda foi realizada uma pesquisa com os mesmos termos no Google Books.

Seleção dos Estudos

Nesta revisão foram considerados estudos primários (investigações originais) e secundários (revisões sistemáticas da literatura e revisões narrativas), publicados e não publicados. Foram considerados estudos de paradigma quantitativo, qualitativo, e com métodos mistos. De igual modo, estudos observacionais (com desenhos descritivos, exploratórios e analíticos) e experimentais (incluindo estudos clínicos controlados randomizados, estudos clínicos não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais) foram incluídos, bem como estudos de corte transversal e longitudinais.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: relação de ajuda apenas em contexto profissional. Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes: (a) artigos que dirigem a RAP a crianças e/ou adolescentes, (b) artigos com outro tipo de intervenção que não a RAP, (c) artigos centrados na relação de ajuda relacionada com o processo de ensino-aprendizagem, (d) artigos centrados apenas na comunicação terapêutica e/ou relação terapêutica, e (e) impossibilidade de acesso ao artigo em full-text, mesmo após contacto com o autor via ResearchGate.

Desta pesquisa, realizada de forma independente por dois investigadores, foram encontrados 729 trabalhos. O processo de pesquisa e seleção da evidência encontra-se sintetizado no flow chart para scoping reviews PRISMA-ScR (Figure 1).

A seleção dos artigos relevantes foi baseada principalmente nas questões de investigação, e não num processo de avaliação da sua qualidade metodológica, pois uma scoping review, procura abranger toda a literatura disponível (Arksey et al., 2005; Grant et al., 2009; Peters et al., 2017).

Análise dos Resultados

A análise do título, resumo e texto completo foi realizada por dois investigadores independentes, que selecionaram os artigos a ser considerados para revisão tendo por base os critérios de inclusão e exclusão. A extração dos dados foi também realizada por dois investigadores independentes, por via de um instrumento desenvolvido pelos mesmos em função das questões de investigação delineadas e dos objetivos do estudo. Este instrumento baseou-se no modelo do Joanna Briggs Institute para extrair detalhes dos estudos, características e resultados (Peters et al., 2017).

Nesse processo, dois investigadores, de forma independente, fizeram a análise dos primeiros 5 estudos usando esse instrumento para perceberem se a extração de dados era consistente com a pergunta de investigação e o objetivo da revisão, tal como sugerido por Levac, Colquhoun & O'Brien (2010). Qualquer desacordo foi resolvido através de discussão ou com um terceiro investigador.

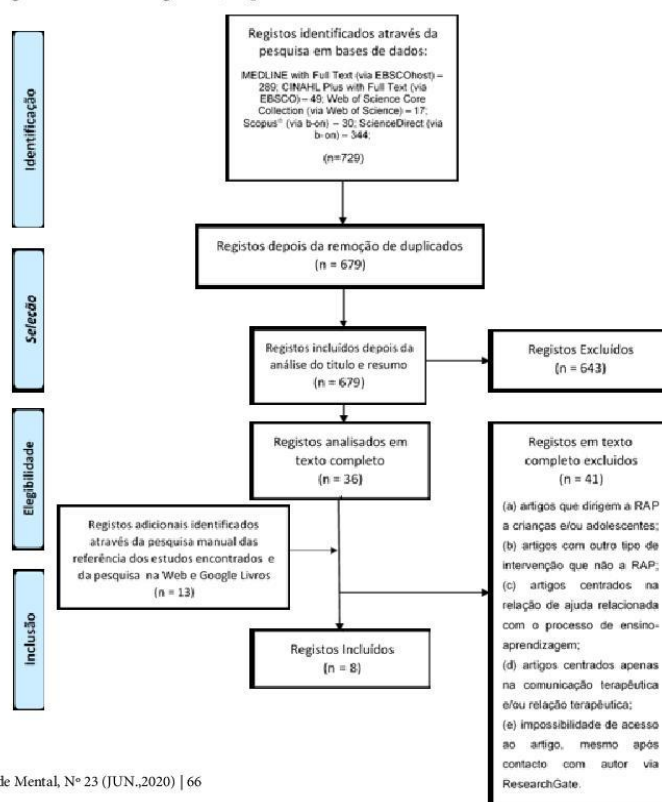
Resumo e Apresentação dos Resultados

Os resultados apresentam-se relatados de forma resumida de modo a ir de encontro aos objetivos que orientaram a scoping review. A apreciação de cada fonte foi feita através de um processo iterativo, no qual os investigadores se reuniram para discutir as suas considerações listadas no instrumento de extração de dados, para garantir que as categorias foram amplas o suficiente para englobar os principais dados de cada fonte. As categorias utilizadas no instrumento de extração de dados foram colocadas em forma de tabela e tiveram em consideração os objetivos da scoping review, de forma a ser apresentado um descritivo que lhes pudesse dar resposta (Peters et al., 2017).

RESULTADOS

O flow diagram, apresentado na Figura 1, reflete o procedimento realizado para a seleção da evidência consultada.

Figura 1 - Flow Diagram (adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009)



Seguidamente é apresentado o instrumento de extração de dados, em forma de tabela, que engloba todos os dados relevantes que foram mapeados relacionados com as questões e objetivos da revisão (Tabela 2).

Tabela 2 - Instrumento de extração de dados dos estudos incluídos na revisão

Autor(es) (Ano) País	Objetivo(s) do Estudo	Tipo de Estudo	Participantes / Contexto	Atitudes / Competências / Comportamentos do Enfermeiro	Objetivos da RAP	Necessidades / Problemas	Conteúdos / Procedimentos / Atividades da RAP
M ^a Dolores Ruiz Fernández (2014) Espanha	Identificar as intervenções implementadas em cuidadores familiares de pessoas dependentes baseadas na comunicação e na relação de ajuda; Conhecer a eficácia da relação de ajuda na sobrecarga dos cuidadores familiares.	Revisão da Literatura	Intervenções implementadas em cuidadores familiares de pessoas dependentes, baseadas na comunicação e na relação de ajuda.	-	-	-	Planeamento da intervenção: sessões individuais ou em grupo; Conteúdo da intervenção: aprendizagem de habilidades, definição de metas, resolução de problemas e estratégias de coping.
Michele A. Carter (2009) USA	-	-	-	Confiança, estratégias de comunicação terapêutica, honestidade, respeito.	-	-	Componentes necessários para a intervenção: utente, profissional, contexto e processo de intervenção.
Carl Ransom Rogers (1958) USA	-	-	-	Capacidade de compreender os sentimentos do utente; sensibilidade às atitudes do utente; interesse caloroso; compreensão empática; aceitação.	O profissional tem a intenção de promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a melhoria do funcionamento do outro, em função dos seus próprios meios.	Ansiedade ou sensação de ameaça; conflitos internos.	-
Ruth Davidhizar (1990) USA	Descrever os aspetos necessários no enfermeiro para a implementação da relação de ajuda.	-	-	Habilidades de comunicação, responsabilidade, calma.	Ajudar o outro a sustentar e melhorar as suas habilidades para funcionar de forma autónoma e independente para atingir os seus objetivos.	Ansiedade	Escuta ativa; Incentivar a partilha de sentimentos e pensamentos; Refletir e desenvolver soluções; Reforço positivo.
Jeanne A. Clement (1978) USA	Refletir sobre os aspetos fundamentais a serem desenvolvidos por parte dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na execução da RAP.	-	-	-	Aumentar o nível de funcionamento de cada pessoa tendo por base as condições nas quais se encontra.	-	Disponibilizar presença; Modelo teórico e científico de base.

Margot Phaneuf (2005) Canadá	-	-	-	<p>Confiança e respeito pela dignidade da pessoa; Concentração, empatia, aceitação da pessoa, compreensão, ausência de julgamento, não diretividade, respeito caloroso, autenticidade, congruência, confrontação.</p>	<p>Facilitar o ajuste pessoal e uma situação na qual a pessoa não se adaptaria sem o suporte ou o apoio de um terceiro; Colocar a dificuldade da pessoa em palavras para que ela possa perceber como é uma interveniente ativa na sua própria situação; Permitir a visão do problema mais claramente, de forma mais realista e modificar as suas perspetivas sobre o assunto, em caso de necessidade; Conhecer os recursos pessoais de que a pessoa dispõe para resolver as suas dificuldades.</p>	<p>Depressão, ansiedade, sentimento de impotência, comportamento adaptativo comprometido, stress, dificuldades na relação com o outro, vergonha, culpa, luto, tristeza, baixa autoestima, ideação suicida, imagem corporal perturbada, medo, solidão.</p>	<p>Escuta ativa; Disponibilizar presença; Relaxamento; Técnica de distração; Toque.</p>
Jacques Chalfour (2008) Canadá	-	-	-	<p>Compreensão empática, autenticidade, respeito caloroso, compaixão, confiança.</p>	<p>Permitir uma aprendizagem e desenvolvimento para o utente.</p>	<p>Medo, ira, ansiedade, culpa, receio; Incapacidade de interagir de modo satisfatório com o seu ambiente físico ou humano a fim de dar resposta às suas necessidades com incapacidade de utilizar os seus recursos para satisfação das suas necessidades.</p>	<p>Favorecer a presença de um contacto físico (pelos sentidos) e afetivo; Assegurar que o utente se sente compreendido e entendido; Assegurar que o serviço oferecido é personalizado e responde às expectativas do utente; Fase 1 - Orientação da relação: tem início no primeiro contacto e dura até à definição da necessidade de ajuda. Esta fase pode limitar-se apenas a um encontro ou prolongar-se para mais contactos. Nesta fase destacam-se as seguintes tarefas: favorecer a criação de um clima de confiança, clarificar os papéis assumidos por cada um na relação, acompanhar o utente na expressão da sua necessidade de ajuda, informar o utente dos recursos humanos e físicos à sua disposição, esclarecer o utente sobre as rotinas, políticas e regulamentos da instituição na qual decorre a intervenção. Fase 2 - Trabalho ou de Emergência das Identidades: esta fase tem início quando o interveniente esclareceu a necessidade de ajuda e as expectativas do utente e já tem conhecimento suficiente sobre ele de modo a seleccionar os meios a utilizar para responder à sua necessidade. Favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos: o interveniente encoraja o utente a aprender novos comportamentos num clima de abertura e de procura de soluções, propõe-lhe a modificação de certos hábitos de vida. Fase 3 - Conclusão: caracteriza o fim da relação: comunicar as suas impressões quanto à relação que se conclui, assegurar a transição do utente entre a sua situação atual e a situação futura. Escuta ativa, silêncio, confrontação.</p>

Carl Rogers (1995) USA	-	-	-	Capacidade para compreender os sentimentos do utente, receptividade, um interesse caloroso, sem uma excessiva implicação emocional. Simpatia, respeito, aceitação calorosa, empatia, autenticidade.	Um dos participantes procura promover uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes da pessoa.	Ansiedade.	-
------------------------------	---	---	---	---	---	------------	---

Os artigos incluídos variam entre 1958 e 2009. Existem artigos dos USA, Espanha e Canadá. Os principais conteúdos encontrados centram-se no objetivo da RAP, que passa por capacitar a pessoa para a resolução de um problema. Os resultados apontam para problemas / necessidades tais como a ansiedade, o stress, a culpa, as alterações do humor, a baixa autoestima, a ideação suicida, a perturbação da imagem corporal, e a incapacidade de interagir de modo satisfatório com o próprio ou o ambiente que o rodeia.

São apresentadas áreas onde a RAP pode ser potencialmente útil, destacando-se a ansiedade. Quanto aos procedimentos, foram encontrados diversos, mas destaca-se a escuta ativa.

A grande maioria dos artigos foi excluída visto que a relação de ajuda não era abordada do ponto de vista profissional, pelos que estes não teriam utilidade para caracterizar a mesma enquanto intervenção de Enfermagem. Adicionalmente, estudos que tinham na sua população crianças ou adolescentes, ou que estavam centrados exclusivamente na relação terapêutica, foram igualmente excluídos. As listas de referências desses estudos foram analisadas sendo encontrados livros de referência na área da relação de ajuda em Enfermagem e, por essa razão, optou-se pela sua inclusão.

A avaliação metodológica dos estudos incluídos não foi realizada, já que este não é um critério obrigatório na realização de scoping reviews (Grant & Booth, 2009; Rumrill, Fitzgerald, & Merchant, 2010).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Atitudes/Competências/Comportamentos do Enfermeiro

A primeira questão que norteou esta revisão centrou-se nas atitudes, competências e comportamentos que o enfermeiro deve reunir para executar a RAP. Foram muitos os dados encontrados, mas aqueles mais frequentemente referidos foram as competências no domínio da comunicação verbal e não-verbal, o respeito, a compreensão, a empatia, e a capacidade de não julgar o outro, exigindo assim uma grande capacidade de aceitação da pessoa e do seu problema.

A função do enfermeiro passa por compreender a forma como a pessoa se vê e sente o seu problema, por forma a ajudá-la a promover a evolução e o crescimento que vai contribuir para uma melhor adaptação e resolução do mesmo. Assim, o enfermeiro deve reunir um conjunto de competências/atitudes/comportamentos que potenciem esta função. Para Nunes (1999), a compreensão empática é fundamental para a compreensão do problema e para que a pessoa que é ajudada se sinta compreendida, cuidada e respeitada. A capacidade de respeitar é também uma atitude importante na relação de ajuda. Este respeito manifesta-se pela crença de que a pessoa é um ser único e capaz de escolher e decidir o que é melhor para si mesma.

É também demonstrar à pessoa consideração por ela, sem fazer juízos, dando-lhe liberdade para se expressar (Lazure, 1994). A capacidade de não julgar o outro implica a ausência de juízos de valor, de avaliações, de críticas, sendo possível levar a pessoa a fazer essa avaliação e reflexão por si mesma (Phaneuf, 2005). Na relação de ajuda profissional a empatia é uma das mais importantes atitudes a desenvolver pelo enfermeiro e define-se como “a capacidade em reconhecer, até certo ponto compartilhar, as emoções e os estados da mente de outra pessoa e compreender o significado e a importância do comportamento dessa pessoa” (Taylor, 1992, p. 43). Isto implica que o enfermeiro tenha a capacidade de se afastar de si mesmo, imergindo no quadro de referências da pessoa, colocando-se no lugar dela e na forma como ela vê o problema (Lazure, 1994).

A aceitação, atitude que foi também encontrada nos trabalhos analisados, Rogers (1985 cit por. Simões, 2008) considera que esta é também uma atitude/competência necessária ao enfermeiro, e que implica que este seja capaz de se libertar de todas as avaliações e juízos de valor. Indo mais longe, defende que a aceitação deve ser incondicional, tratando-se de um sentimento de abertura e disponibilidade ao problema do outro e ao seu sofrimento. Por fim, importa realçar o conceito de confrontação, também encontrado nos resultados desta revisão, que se trata da manifestação da congruência do enfermeiro.

Esta atitude leva a que a pessoa seja capaz de explorar as diferentes dimensões do seu comportamento e as respetivas consequências do mesmo, permitindo revelar as incoerências da pessoa o que proporciona novas perspetivas que motivam a mudança (Lazure, 1994)

Objetivos da Relação de Ajuda Profissional

Quanto aos objetivos da RAP, os resultados desta revisão apontam para uma interação na qual um dos intervenientes (enfermeiro) procura perceber o problema do outro de forma mais clara, facilitando o seu crescimento pessoal através de uma análise dos seus recursos internos por forma a dar resposta a esse problema. De acordo com Hipólito e Nunes (2011), a abordagem não diretiva e centrada na pessoa permite que seja criado um ambiente propício ao crescimento da pessoa, permitindo que esta possa ser autêntica e as suas necessidades compreendidas e aceites.

Necessidades / Problemas Alvo da Relação de Ajuda Profissional

Relativamente às necessidades identificadas o autor Phaneuf (1995) corrobora os dados encontrados ao referir que a relação de ajuda profissional pode ser aplicada por um enfermeiro no decurso de encontros estruturados, baseada em objetivos de libertação de emoções, diminuição da ansiedade e aceitação de um problema.

Conteúdos/Procedimentos/Atividades da Relação de Ajuda Profissional

No que diz respeito aos conteúdos/procedimentos/atividades da RAP, Phaneuf (2005) e Chalifour (2008) foram os autores que mais contributos deram. Com os resultados obtidos consegue perceber-se que a RAP tem diferentes fases, sendo que em cada uma delas existe um conjunto de pressupostos e de atividades que devem ser implementadas.

A escuta surge nos resultados desta revisão como um aspeto a incluir no procedimento da RAP. Relativamente a este aspeto Nunes (1999) afirmava que a escuta atenta permite compreender o outro, experienciar um sentimento de respeito mútuo, dando a sensação à pessoa de estar efetivamente a ser ouvida. Analisando a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman & Wagner, 2012), uma das intervenções descritas é, precisamente, a escuta ativa, que é concretizada por via de um conjunto de atividades que englobam a utilização do silêncio ou até mesmo do toque.

A Relação de Ajuda como Intervenção de Enfermagem

Tal como previamente descrito nesta revisão, pelo facto de a profissão de Enfermagem primar pela relação com o outro, o enfermeiro trata-se de um potencial executor da RAP. Assim, algumas das competências/atitudes/comportamentos encontrados nesta revisão como fundamentais para o executor da RAP vão ao encontro do quadro de competências do enfermeiro, sendo que parte delas chegam mesmo a fazer parte do seu código deontológico, como o caso do respeito pela pessoa, a capacidade de se abster a juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não lhe impondo o seu quadro de valores, contribuindo assim para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Lei nº. 111/2009). O recurso a diagnósticos de Enfermagem para nortear a prática clínica é comum em vários países, sejam eles da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) ou da NANDA-I. O facto de a RAP poder dar resposta a um conjunto de diagnósticos de Enfermagem (que são distintos do diagnóstico médico) salienta a importância do papel do enfermeiro e do seu pensamento crítico e capacidade de avaliação. Assim, a título de exemplo, ainda que duas pessoas apresentem o mesmo diagnóstico de Enfermagem, a operacionalização da RAP pode e deve ser totalmente distinta, considerando as características particulares de cada pessoa, que é um ser único.

Por fim, analisando o conceito de intervenção psicoterapêutica, esta pode ser definida como a aplicação informada e intencional de técnicas oriundas da psicoterapia com a finalidade de auxiliar a pessoa na adaptação dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Norcross in Zeig & Munion, 1990). Tal como já referido anteriormente, a RAP promove na pessoa a sua capacidade de resolução de uma necessidade, facilitando o seu processo de adaptação e a adoção de novos comportamentos. Para além disso, esta carece de um contexto próprio para o seu desenvolvimento, é sequencial e implementada por um profissional que detém conhecimentos específicos (Sequeira, Sampaio & Roldán Merino in Sequeira, 2016). Assim sendo, a RAP deve reunir um conjunto de conteúdos próprios e uma determinada estrutura para que possa ser uma intervenção de Enfermagem executada com base em conhecimento científico e se transforme numa ferramenta de trabalho, principalmente, para o enfermeiro de ESMP, que pelas suas competências

específicas no domínio da intervenção psicoterapêutica, parece ser o profissional com mais perfil para executar a RAP.

Considerações Gerais

Para além da análise dos resultados obtidos e que, diretamente, dão resposta às questões de investigação inicialmente colocadas, parece igualmente relevante analisar alguns achados globais da scoping review. Assim, desde logo, recorrendo a questões de investigação amplas, bem como a uma estratégia de pesquisa e a critérios de inclusão igualmente amplos, apenas oito trabalhos foram incluídos na análise final. Tal deve-se ao facto de se ter optado por apenas incluir trabalhos que, de forma direta, abordam a “relação de ajuda”, e não outros termos que, não raras vezes, se utilizam de forma intercambiável com o mesmo, tais como, por exemplo, “relação terapêutica”.

Apesar de, com alguma frequência, os constructos “relação de ajuda” e “relação terapêutica” serem utilizados como sinónimos, pelo facto de não se terem incluído na scoping review trabalhos que abordassem a relação terapêutica, não foi possível contribuir, através da mesma, para a clarificação dos conceitos.

A relação terapêutica tende a ser entendida como um processo relacional subjacente a qualquer intervenção realizada (Forchuk & Reynolds, 2001). Já a relação de ajuda, para além de também poder ser assumida desta forma, pode igualmente constituir-se como uma ferramenta terapêutica per se (Reynolds & Scott, 1999). Assim, e dado que esta scoping review visou criar as bases para a estruturação da relação de ajuda profissional enquanto intervenção de Enfermagem, o termo foi concetualizado e abordado nesse sentido, não sendo contudo claro se, no futuro, a tendência será no sentido da convergência dos conceitos ou, por outro lado, do seu afastamento.

Limitações do Estudo

No que diz respeito às limitações do estudo, uma delas é não ter sido realizada a avaliação da qualidade das fontes utilizadas, o que está inerente aos princípios metodológicos da scoping review, razão pela qual não são apresentadas recomendações para a prática clínica. Por outro lado, o facto de não ter sido definido um espaço temporal para a pesquisa gerou uma grande quantidade de informação mas, após análise, percebeu-se que a literatura relativa ao tema em estudo apresentava já alguma antiguidade, o que acaba por ser um indicador

da importância da realização de investigação mais atual neste domínio. Por outro lado, a pesquisa foi realizada apenas em algumas bases de dados e em três idiomas (aqueles que eram dominados pelos investigadores), o que pode ter limitado o acesso a outros resultados. Importa destacar a impossibilidade de acesso a todos os estudos identificados na pesquisa (especificamente a literatura cinzenta).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Esta revisão permitiu reunir um conjunto de informação relativa às características da RAP enquanto intervenção de Enfermagem, podendo este constituir-se como o ponto de partida para a sistematização da intervenção e posterior avaliação da sua validade de conteúdo e eficácia na prática clínica. Este parece ser o único caminho capaz de enriquecer o corpo de conhecimento da disciplina de Enfermagem e de potenciar a estruturação e a fundamentação das intervenções, por parte dos enfermeiros, nos contextos da prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
- Carter, MA. (2009). Trust, Power, and Vulnerability: A Discourse on Helping in Nursing. *Nursing Clinics of North America*, 44, 393-405. doi: 10.1016/j.cnur.2009.07.012.
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.
- Clement, JA. (1978). The helping relationship: choices and dilemmas. *Issues in Mental Health Nursing*, 1(4), 17-30. doi:10.3109/01612847809058189.
- Davidhizar, R. (1990) Nurses' New Approach to Helping Patients. *Hospital Topics*, 68(2), 11-13. doi: 10.1080/00185868.1990.9948424.
- Fernández, MD. (2014). Communication in helping relationship to primary caregiver. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(1), 56-63.

- Forchuk, C. & Reynolds, W. (2001). Clients' reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 45-51. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00344.x
- Grant, M. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.
- Hipólito, J., Nunes, O. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa:EDIUAL.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J. & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 537-546. doi: 10.2147/JMDH.S116957.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lei n.º 111/2009. D.R. 1ª Série. N.º 180 (2009-09-16), p. 6528 - 6550.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
- McLeod, J. (2007). *Counselling Skill*. New York: McGraw-Hill Education.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6). doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig, & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro. Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- Peters, J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Cuidar.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Pullen, R., & Mathias, T. (2010). Fostering therapeutic nurse-patient relationships. *Nursing Made Incredibly Easy*, 8(3), 4. doi: 10.1097/01.NME.0000371036.87494.11.
- Reisman, JM., Robordy, S. (1993). *Principles of Psychotherapy with Children*. New York: Lexington Books.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x
- Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance Journal*, 37(1), 6-16. doi: 10.1002/j.2164-4918.1958.tb01147.x.
- Rogers, C. R. (1995). *On Becoming a person: A Therapist's View of Psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Rumrill, P., Fitzgerald, S., & Merchant W. (2010). Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work*, 35(3), 399-404. doi: 10.3233/WOR-2010-0998.
- Sequeira, C., Sampaio, F., & Roldán Merino, J. (2016). *A relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica em Sequeira, C. (2016). Comunicação clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa:Lidel.
- Simões, J., Fonseca, M. e Belo, AP. (2006). *Helping Relationship: horizons of existence*. *Referência*, 2(3), 45-54.
- Simões, R. (2008). *Competências de Relação de Ajuda no Desempenho dos Cuidados de Enfermagem* (Masters thesis, University of Porto, Portugal).
- Simões, R., e Rodrigues, M. (2010). *Helping relationship in end-of-life patient's nursing care context*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 485-489. doi: 10.1590/S1414-81452010000300008
- Taylor, M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tricco, AC., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, KK., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, SE. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. doi: 10.7326/M18-0850

Artigo 2

The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study

Received: 24 February 2020 | Revised: 28 April 2020 | Accepted: 11 May 2020

DOI: 10.1111/ppc.12536

ORIGINAL ARTICLE

Perspectives in PSYCHIATRIC CARE WILEY

The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study

Joana Coelho RMN, MSc, PhD^{1,2,3}  | Francisco Sampaio RMN, MSc, PhD^{3,4,5}  |
 Carlos Sequeira RMN, MSc, PhD^{3,6} | Mar Lleixà Fortuño RMN, PhD¹  |
 Juan Roldán Merino RMN, PhD⁷ 

¹Faculty of Nursing, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain

²Department of Psychiatry, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal

³CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Porto, Portugal

⁴Faculty of Health Sciences, University Fernando Pessoa, Porto, Portugal

⁵Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

⁶Nursing School of Porto, Porto, Portugal

⁷Campus Docent Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain

Correspondence

Joana Coelho, RMN, MSc, PhD, Psychiatry Department, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Rua Conceição Fernandes, 4434-502 Vila Nova de Gaia, Portugal.
 Email: enf.joanacoelho@gmail.com

Abstract

Purpose: The aim of this study is to evaluate the content validity of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention.

Design and Methods: The present research work is a modified e-Delphi study. A total of 205 experts were identified between January and May 2018, and a questionnaire was sent to all of them in different rounds.

Findings: The nurse must have specific knowledge (self-knowledge and knowledge about the person) and attitudes (empathy and respect) to be able to carry out the intervention. The helping relationship can address different nursing diagnoses, such as anxiety or depressed mood, and it can be developed in a set of sessions with specific objectives and contents.

Practice Implications: The systematization of the helping relationship creates the conditions for its implementation in clinical practice enabling an evidence-based practice that results in the improvement of care.

KEYWORDS

mental health, nursing, psychiatric nursing, psychotherapy

1 | INTRODUCTION

The concept of relationship assumes different meanings in nursing. The use of this term in the literature tends to be ambiguous. For this reason and in the first instance, the concept of relationship needs clarification in terms of therapeutic relationship and as a nursing intervention in the form of helping relationship (HR). Thus, there must be a previous therapeutic relationship to implement an HR because the first will always be the basis of any nursing intervention.¹ The therapeutic relationship is an interaction between the nurse and the person, aiming to ensure the well-being of the second and implying a specific context that is limited in time.²

This study aims to examine the HR as a psychotherapeutic intervention, in light of the psychotherapeutic intervention model in

nursing developed by Sampaio et al³ and on the understanding that the concept of psychotherapeutic intervention refers to the informed and intentional application of techniques originating in psychotherapy that aim to assist the person in the adaptation of his/her behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics.⁴ Some examples of this type of intervention, in the specific context of nursing, are cognitive restructuring, counseling, and assertiveness training, as described in the Nursing Interventions Classification.⁵

In Portugal, the regulation no. 515/2018 mentions that mental health nurses are competent to provide psychotherapeutic, socio-therapeutic, psychosocial, and psychoeducational care. According to Marks,⁶ psychotherapeutic interventions performed by nurses achieve equally positive results in the treatment of the person with mental illness when compared with the traditional interventions of

other professionals. Although the psychotherapeutic intervention is assumed as essential in the treatment of the person with mental illness, its implementation is still scarce. The reason for this lies in the low number of nursing psychotherapeutic interventions performed that are duly systematized and evaluated for their efficacy and/or effectiveness.⁷

In countries like the United Kingdom, nurses attend special training programs in the field of psychotherapeutic intervention and, as such, acquire a degree of specialization that allows them to perform this type of interventions in specific contexts. The literature indicates that these same professionals, who receive the aforementioned training, contribute considerably to the improvement of care delivery, with positive results in the well-being of the person with mental illness.^{8,9}

The HR is defined as a relationship in which at least one of the parties seeks to promote the growth, development, maturity, better functioning, and greater capacity to cope with life in the other party.¹⁰ The main objective of this intervention is to emphasize, improve, and empower the person using a nondirective, person-centered approach so that the individual is able to manage a need/problem in a healthy way based on personal resources.¹¹ As the HR is a means of autonomous intervention of the nurses, and considering that it implies a formal aspect, which is implemented through a set of sessions, requiring planning, structure, and well-defined goals,¹² it is important that its content is systematized according to a psychotherapeutic intervention model in nursing. The psychotherapeutic intervention model in nursing developed by Sampaio et al³ represents the basis for the development of the nursing psychotherapeutic intervention as an autonomous intervention stemming from the body of knowledge of the nursing field. Thus, this model seems to be a potential basis for the systematization of the HR as a nursing psychotherapeutic intervention.

In a scoping review carried out before the present study, a number of gaps were identified in the systematization of the HR as a nursing psychotherapeutic intervention, regarding the definition of nursing diagnoses that may lead to the prescription of HR and in the definition of how HR should be planned and performed.

Taking into consideration that mental health nurses have the skills to implement psychotherapeutic interventions, we can affirm that the development and implementation of such interventions based on evidence can provide orientation and improvement of care delivery.³ As such, HR can become a useful nursing intervention for these professionals in the clinical context.

In view of the above discussion, this study aims to evaluate the content validity of HR as a nursing psychotherapeutic intervention.

2 | METHODS

2.1 | Design

The present research work is a modified e-Delphi study. The choice of a modified instead of a classic Delphi study was based on the

following factors: convenience for researchers and participants, time and cost savings, and ease of data management.¹³

In a classic Delphi study, the first round presents a set of open questions. This was not the case of this study as a scoping review of the literature on the topic was carried out before the study, which provided a well-founded theoretical framework. As a result, there were no grounds to support the need of asking open questions in the first round. Thus, a structured questionnaire was used as the first round,¹⁴ inasmuch as according to Kerlinger,¹⁵ the use of a modified e-Delphi study is adequate if basic information already exists on the subject under study.

2.2 | Participants

As for the sample size, there are no defined guidelines for this type of study.¹⁶ There are Delphi studies with a small sample (hundreds) and others with large (thousands) number of participants. What is at the base of this type of study is the consensus that is achieved.¹⁷ Still, Moore¹⁸ advocates the importance of heterogeneity of the sample to guarantee that all opinion patterns are covered. Consequently, in this study, we defined that each round would have at least 30 participants whose expertise would cover as many contexts as possible. Therefore, all the experts had to be mental health nurses, but they could develop their professional activity in different contexts, such as clinical practice, teaching, or management. The sampling technique used was the nonprobability method of purposive sampling. For this study, a maximum of three rounds was defined a priori, as it is difficult to maintain a significant response rate at the end of several rounds.¹⁴ According to Atkinson and Gold,¹⁹ the recommended minimum response rate for such a study for each round is 40% to 50%. We tried to meet this premise achieving similar response rates in each round. For the selection of experts, the following inclusion criteria were defined: be a mental health nurse and have a minimum of 2 years of professional experience.

2.3 | Data collection

The experts were contacted by e-mail, through Portuguese and Spanish education organizations, and by consulting the databases of a Portuguese scientific society in the field of mental health nursing. A total of 205 experts were identified between January and May 2018, and the questionnaire was sent to all of them in the different rounds.

The participants received an e-mail with a link to the questionnaire titled *Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem-Relação de Ajuda* (Nursing Psychotherapeutic Intervention-Helping Relationship), the first question of which aimed at obtaining informed consent of acceptance to participate in the study (previous explanation of the study was provided). The remaining questions focused on the socio-demographic characterization of the participants. Finally, questions were presented regarding a proposal for a structure and contents of the HR, including the objectives of the intervention, data, and

diagnoses for its prescription and a proposal of how to systematize it, which included the planning of the sessions and the activities to carry out in each session. Standardized language described in the International Classification for Nursing Practice (ICNP)²⁰ was used to nominate potential nursing diagnoses that could be addressed through this intervention. Some of the questions in the questionnaire were dichotomous (yes/no questions), whereas others used a five-item Likert scale, going from "Strongly disagree" (1) to "Strongly agree" (5) and including a space in blank (at the end of the questionnaire) that could be used for suggestions. Before sending the e-mail, the questionnaire was submitted to a pretest that was analyzed by six independent researchers with similar backgrounds to those of the experts that were going to receive the final questionnaire. The questionnaire was pretested to learn how much time would it take to answer it and if the language used was clear and comprehensible. For each round, a maximum period of 4 weeks was given to complete the questionnaire.

In the inter-round periods, the participants were presented with the results of the previous round, received explanation of the reasons for each question to continue to the next round, and were given the opportunity to make suggestions and/or propose changes.

In the first round, the questionnaire consisted of 21 questions, but in the second round, the questionnaire was composed of only 5 questions.

2.4 | Data analysis

We established a level of consensus of 75% for this study. In the literature, there is no clear indication of what the level of consensus should be, but 75% of answers indicating agreement seems to be the minimum recommended value,¹⁶ whereas 100% is considered to be the perfect consensus.²¹ For purposes of analysis, the five-point Likert scale was organized as follows: 1 to 2, disagree; 3, neutral; and 4 to 5, agree.²² In consequence, we considered that there was agreement among the experts whenever at least 75% of the answers were within the answer hypotheses 4 and 5 (inclusive). As for the dichotomous variables, a "yes" answer corresponded to agreement and were analyzed in the same perspective of the questions with the Likert scale.

According to Scarparo et al,²¹ when consensus is not reached, the questions must be submitted to another round. If the results of that round remain the same, it must be considered that consensus was not reached and the item must be excluded. Once consensus was reached for an item, it was withdrawn from the following rounds and integrated into the HR intervention that was being developed.

All answers were coded for statistical analysis. We used descriptive statistics and data analysis was performed with IBM SPSS version 25.

2.5 | Ethical considerations

Approval for this study was obtained from the scientific committee (that assumes the ethical evaluation of research projects) of the Portuguese Society of Mental Health Nursing (041592017), in

accordance with the principles of the Declaration of Helsinki and subsequent revisions.²³ At the beginning of the questionnaire, the main investigator explained the broad objectives of the study and all the participants accepted to participate in the study.

3 | RESULTS

In view of the total number of experts, 104 participated in the first round and 86 took part in the second round. As a result, the participation rate was 51% and 42%, respectively.

3.1 | Sociodemographic characterization

With regard to the sociodemographic characteristics, the participants were mainly female, with a mean age of 42.31 years (standard deviation [SD]: 8.65) in the first round and 41.97 (SD: 8.16) in the second round; most were married and had more than 10 years of professional experience. Table 1 presents the systematized sociodemographic characterization of participants in each round.

TABLE 1 Participants' sociodemographic characterization

	n (%)	
	Round 1	Round 2
Sex		
Female	74 (71.20)	67 (78.00)
Male	30 (28.80)	19 (22.00)
Marital status		
Married	57 (54.80)	49 (57.00)
Single	25 (24.00)	22 (26.00)
Widowed	0 (0.00)	0 (0.00)
De facto partner	11 (10.60)	7 (8.00)
Divorced	11 (10.60)	8 (9.00)
Education		
Postgraduate degree in mental health	37 (35.58)	28 (32.56)
Master degree	43 (41.35)	37 (43.02)
Doctorate degree	24 (23.07)	21 (24.42)
Professional experience		
2-5 y	7 (6.73)	4 (4.65)
6-10 y	10 (9.62)	9 (10.47)
More than 10 y	87 (83.65)	73 (84.89)
Working areas		
Primary health care	27 (25.96)	22 (25.58)
Differentiated health care	58 (55.77)	50 (58.14)
Higher education	15 (14.42)	12 (13.95)
Management	4 (3.85)	2 (2.33)
Geographical area		
Portugal	85 (81.73)	71 (82.56)
Spain	19 (18.27)	15 (17.44)

3.2 | The HR assumptions

The first questions were conceived to identify what are the assumptions of the HR as an autonomous nursing psychotherapeutic intervention.

All of the questions obtained a consensus higher than 92%: this type of intervention requires specific knowledge on the part of the mental health nurse (self-knowledge, knowledge about the patient, and knowledge about the process—for example, therapeutic communication and problem-solving techniques—knowledge about the setting and knowledge about other psychotherapeutic interventions). With regard to the setting, the group considers that it should be specific (hospitalization/inpatient care, ambulatory/outpatient care, and day hospital) (consensus: 75%).

3.3 | The nurse's competence and attitudes

The nurse must have a set of skills and attitudes to perform the HR. These were the skills that had perfect consensus: empathy, understanding, ability of not judging the person, honesty, and capacity for listening. However, in this study, the following skills were also considered: respect, communication skills (99%), empathic understanding, accepting the person as he/she is, reliability (98%), responsive answer, coherence (97%), authenticity (96%), humbleness, hope (91%), positive regard, acceptance (90%), and confrontation (76%).

3.4 | Objectives of the HR

Regarding the objectives for the prescription of the HR, the study indicates, with perfect consensus, that the HR enables the patient to solve a problem. Table 2 shows the remaining objectives that obtained the agreement of the group of experts.

Further to the systematization of the intervention (HR), there should be a set of mandatory data that justify its prescription: the existence of a need/a relational and/or emotional problem (consensus: 91%), the patient must be interested and committed to his/her personal development (consensus: 78%), and the patient must believe that the person he/she is resorting to can really help him/her (consensus: 85%).

TABLE 2 Objectives of the helping relationship

Objective	Consensus (%)
Ensure that the patients feel heard, accepted and understood, so that they are able to accept themselves as they are	99
Ensure that the patient exposes and explores his/her personal resources to meet his/her needs	98
Facilitate the patient's adaptation to a situation that would be difficult to adapt without help	97
Allow the patient to find meaning for his/her difficulty	96
Facilitate the patient's acceptance of his/her problem with greater equanimity	96
Show the patient his/her need so that he/she can realize how active an actor he/she is of his/her own situation	96
Help the patient see his/her problem more clearly and realistically to change his/her perspective on the subject	94

3.5 | Therapeutic indications: Nursing diagnoses

Based on nursing knowledge, the persons' needs and/or problems must be translated into standardized language. Thus, following the 2017 version of the ICNP,²⁰ we presented a list of attention foci that could lead to nursing diagnoses in potential need of an HR prescription. The foci of attention presented in the questionnaire stem from the following parent foci: volition, coping, and the person's belief about himself. However, most of these derive from the emotion focus. This is the basis for the prescription of the HR according to the scoping review previously carried out. Table 3 presents the nursing foci and the corresponding degree of reached consensus.

3.6 | Requirements

According to the group of experts, for the prescription of the HR as a nursing psychotherapeutic intervention, three mandatory requirements must be fulfilled (Table 4).

3.7 | Structure and contents to be included in each session

In the table below, we present all the procedures associated with each of the sessions for which consensus was reached by the group of experts. Table 5 identifies the procedures of the initial session (session 0).

Table 6 presents the procedures for the first session.

The number of HR intermediate sessions can vary. Thus, Table 7 highlights the generic procedures for these sessions.

All the procedures for the final session obtained perfect consensus. Consequently, the following steps must be implemented: ask the patient to summarize what his/her personal path has been and request him/her an evaluation of the HR that is coming to an end; guarantee the patient's transition from his/her current to his/her future situation; review the process of change with the patient; and recommend follow-up.

TABLE 3 Nursing foci of attention that may lead to diagnoses in potential need of the helping relationship prescription

Focus	Round 1 Consensus (%)	Round 2 Consensus (%)
Self-esteem	98	...
Mourning/grief	97	...
Anxiety	97	...
Distress	96	...
Self image	96	...
Suffering	95	...
Crisis	94	...
Hope	62	76
Coping	92	...
Depressed mood	92	...
Burnout	91	...
Self-control	91	...
Acceptance	89	...
Loneliness	85	...
Emotion	72	76

3.8 | Follow-up

The follow-up session must take place 2 to 5 weeks after the final session of the intervention has taken place (consensus: 76%). During that session, an evaluation of the patient must be carried out (consensus: 97%); any doubts must be cleared up (consensus: 98%); the strategies that were adopted and which allowed the resolution of the identified problem must be reviewed (perfect consensus: 100%) and, if necessary, another appointment must be scheduled (perfect consensus: 100%).

The following figure presents the standard framework for planning of the HR (Figure 1):

4 | DISCUSSION

In the present study, the experience of the involved experts can be confirmed by both the training degree (essentially master degrees)

and the number of years of professional experience (over 10 years). In contrast, the heterogeneity of the sample guaranteed by its composition—nurses working in the context of clinical practice and others who are linked to nursing education.²⁴ There is, therefore, a more practical view on the part of those who work in clinical contexts, and a more academic/theoretical perspective associated with those working in higher education.³ Regarding the HR assumptions that were approached in this study, it can be said that these are in agreement with what is described in the literature, on what is a nursing psychotherapeutic intervention. To be considered as such, a nursing psychotherapeutic intervention needs to be a structured, systematic, progressive, and sequential intervention performed by a mental health nurse; originate in the identification of a nursing diagnosis; and always presuppose an active role on the part of the patient. The psychotherapeutic intervention is a type of intervention with a defined number of sessions and based on the therapeutic relationship and interpersonal communication between the nurse and the patient. Finally, the psychotherapeutic intervention always involves an objective that essentially implies change or reduction of a state perceived by the user as negative.²⁵

In the present study, characteristics such as empathy, understanding, nonjudgment, honesty, and listening skills obtained perfect consensus. Actually, some of these concepts are related to the person-centered therapy, developed by Rogers²⁶ (the humanistic therapy approach of which the HR is also part), which defends that everyone has sufficient conditions to naturally develop in a healthier way and achieve well-being. In this type of approach, the role of the therapist, which in this case is the mental health nurse, facilitates this process. For this to happen, the therapist must have certain characteristics. Empathy, acceptance of the person and authenticity are described as key.²⁷ Besides that, Rogers^{28,29} emphasizes that the therapist must be genuine, accept the patient unconditionally, and assume a honest commitment with the person of really listening and understanding. The therapist must also be able to create an environment of freedom and trust, and give space to the person so that he/she can reflect on his/her thoughts, feelings, and behaviors.³⁰

With regard to the HR purpose, enabling the person to solve a problem was the objective for which the expert group had a perfect consensus. Chalifour³¹ describes the HR as a special interaction between the nurse and the person, in which both develop a process aiming to satisfy the patient's need. Such process requires the nurse to resort to therapeutic communication. The evident objective of the

TABLE 4 Mandatory requirements for the prescription of the helping relationship

Requirements	Round 1 Consensus (%)	Round 2 Consensus (%)
The patient must necessarily have an active participation, accept to be careful, and understand that it is his/her responsibility to solve the problem	89	...
The target of this intervention can only be one person	53	78
The patient must have the necessary resources to attend his/her needs	62	81

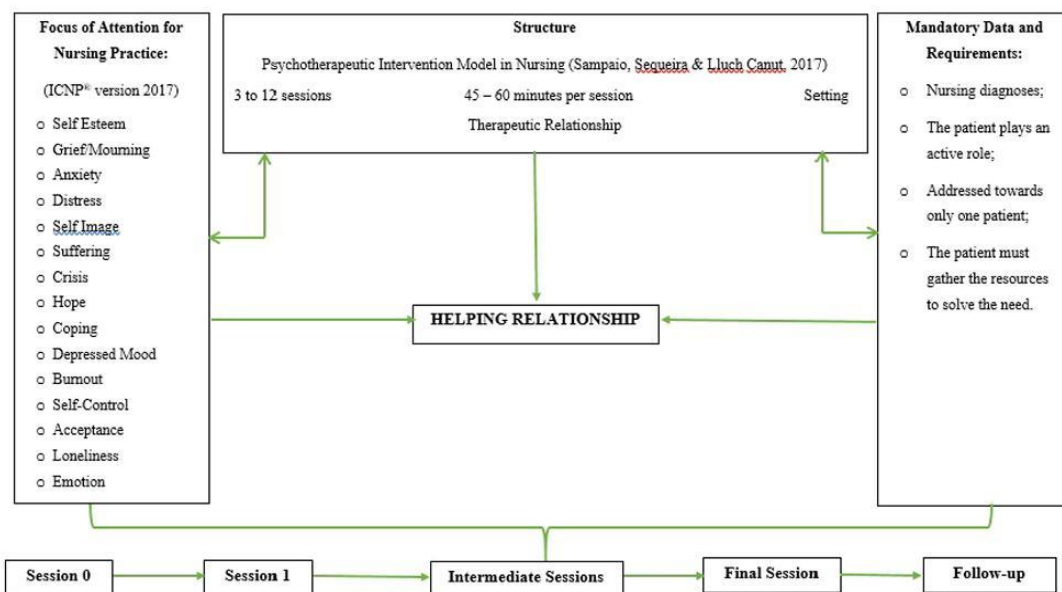


FIGURE 1 Standard planning framework for the helping relationship. ICNP, International Classification for Nursing Practice [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

identify interventions based on psychotherapy that responded to the grief/mourning process with its different manifestations, such as anxiety, sadness, and distress (nursing foci of attention). Among the different therapies and techniques used, counseling emerges in the aforementioned study as a technique, derived from humanistic therapy (as with the HR is), capable of diminishing the previously mentioned negative emotions. In contrast, Al-Sulaiman et al³⁵ conducted a study that aimed to understand the benefit of structured psychotherapeutic interventions, such as counseling and psychoeducation, in improving well-being and adherence to treatment in people with breast cancer. It is specified that individuals who receive counseling—a technique that, just like the HR, belongs in the domain of humanistic therapy—show improvements in their well-being. In their results, there are statistically significant differences between the control group and the remaining groups, as there is a statistically significant decrease in the intervention group in the levels of anxiety and depressed mood, which are also nursing foci of attention. Stafford et al³⁶ carried out a study to understand the effectiveness of counseling based on the humanist perspective in young people with changes in the emotional domain, such as anxiety, changes in self-esteem, and depressed mood. The authors emphasize that this is a person-centered perspective and presents beneficial results in the abovementioned emotional areas. In contrast, this same study highlights the need for randomized controlled clinical trials (RCT) to evaluate the efficacy of psychotherapeutic interventions.

The available literature is unclear as to the efficacy of the HR for certain nursing diagnoses; yet, it demonstrates that person-centered

approaches tend to reduce emotional problems and empower the person to solve problems, which is the major objective of this intervention.³⁷

Finally, another two aspects that must be stressed are the frequency and duration of the HR. These are aspects that were not submitted to the analysis of the group of experts, as it is intended that the structure of the HR is based on the psychotherapeutic intervention model in nursing developed by Sampaio et al.³ As such, the proposed intervention must comprise one to two sessions per week (always taking into account the setting where it occurs), with a maximum duration of 60 minutes each, with a minimum of three sessions and a maximum of 12. The number of sessions may vary according to the needs of the person.

Following the same line of thought, the structure by sessions also has in its genesis the sessions defined by the model previously referred. The content and activities that make up each one of the sessions and obtained the experts' consensus are in line with what is recommended by Chalifour,¹⁰ that is, for example, the creation of an environment of trust, the clarification of roles, the definition of strategies, and the training of the person's needs.

5 | LIMITATIONS OF THE STUDY

The use of the Delphi method implies the already known limitations, from the number of experts, criteria for their selection, absence of exact recommendations as to the number of rounds and even, at the level of what is considered to be consensus.¹⁶ Thus, the number of

participants may have been a limitation in this study. Also, the use of a structured questionnaire from the very first round may be considered a potential limitation. However, a thorough preparatory work was carried out, by means of a scoping review on the subject, and the participants had the opportunity to make suggestions for each item presented throughout the questionnaire.

6 | CONCLUSION

For the implementation of the HR as a nursing psychotherapeutic intervention, the experts agreed upon the following: (a) mental health nurses need to have certain competences and attitudes; (b) it is an adequate intervention to respond to nursing diagnoses of an essentially emotional nature; (c) the contents comprise an initial session, a number of intermediate sessions, a final session, and follow-up. It is important to point out that the consensual topics in the intermediate sessions are essentially at the level of the person's capacity to use problem-solving strategies appropriately. The evaluation of the efficacy of the HR as a nursing psychotherapeutic intervention remains to be done. For that, it is now important to carry out a pilot study to test the acceptability of the procedures and calculate the sample size required for the subsequent conduction of an RCT.

7 | IMPLICATIONS TO THE CLINICAL PRACTICE

The systematization of nursing psychotherapeutic interventions, such as the HR, is fundamental for mental health nurses to have tools to intervene in cases of persons with mental illness. The way HR is systematized in this study has an advantage: it is based on standardized language, responding to nursing diagnoses, implying a planning before its delivery, and facilitating the implementation by professionals. In addition, the fact that it is systematized based on the of psychotherapeutic intervention model in nursing, developed in 2017 by Sampaio et al, makes it a prime example of a tool based on the knowledge of nursing discipline. This is a validated intervention as to its content, and although the evaluation of its efficacy has not yet been carried out, the HR can become a tool to be used in the clinical practice contexts and to be included in the curricula of postgraduate specialization courses in mental health.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare that there are no conflict of interests.

ORCID

Joana Coelho  <https://orcid.org/0000-0002-7608-3506>

Francisco Sampaio  <https://orcid.org/0000-0002-9245-256X>

Mar Lleixà Fortuño  <https://orcid.org/0000-0003-1411-8790>

Juan Roldán Merino  <https://orcid.org/0000-0002-7895-6083>

REFERENCES

- Poyato A. Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros através de la evidencia: Una investigación-acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría (*Doctoral dissertation*). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2016.
- Reynolds B. Developing therapeutic one-to-one relationships. In: Barker P, ed. *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. (2nd ed.). London: Hodder Arnold; 2009:313-319.
- Sampaio F, Sequeira C, Lluch Canut T. Content validity of psychotherapeutic intervention model in nursing: a modified e-Delphi study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31:147-156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Norcross JC. An eclectic definition of psychotherapy. In: Zeig JK, Munion WM, eds. *What is Psychotherapy? Contemporary Perspectives*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1990:218-220.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2012.
- Marks I. Controlled trial of psychiatric nurse therapist in primary care. In: Traynor M, Rafferty AM, eds. *Exemplary Research for Nursing and Midwifery*. New York, NY: Routledge; 2002:261-271.
- Wabnitz P, Lohr M, Schulz M, et al. Perspectives and opportunities for psychotherapeutic interventions in inpatient psychiatric treatment delivered by nurses. *Psychiatr Prax*. 2019;46:156-161. <https://doi.org/10.1055/a-0801-3847>
- Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:318-327. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Thornicroft G. Improving access to psychological therapies in England. *Lancet*. 2017;391:636-637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32158-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32158-X)
- Chalifour J. *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta; 2008.
- Phaneuf M. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação [Communication, interview, Helping Relationship and validation]*. Loures: Lusodidacta; 2005.
- Simões R, Rodrigues M. Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida [Helping relationship in the performance of nursing care to end-of-life patients]. *Escola Anna Nerv*. 2010; 14:485-489. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>
- Donohoe H, Stelfelson M, Tennant B. Advantages and limitations of e-Delphi technique: implications for health education researchers. *Am J Health Educ*. 2012;43:38-46. <https://doi.org/10.1080/19325037.2012.10599216>
- Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud*. 2001;38:195-200. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00044-4)
- Kerlinger FN. *Foundations of Behavioral Research*. New York, NY: Holt, Rinehart, Winston Inc.; 1973.
- Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2006; 53:205-212. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>
- Linstone HA. The Delphi technique. In: Fowles RB, ed. *Handbook of Futures Research*. Westport, CT: Greenwood; 1978:273-300.
- Moore C. *Group Techniques for Idea Building. Applied Social Research Methods Series*. Vol. 9. Newbury Park, CA: SAGE; 1987.
- Atkinson NL, Gold RS. Online research to guide knowledge management planning. *Health Educ Res*. 2001;16:747-763. <https://doi.org/10.1093/her/16.6.747>
- International Council of Nurses. *ICNP® version 2017-International Classification for Nursing Practice*. Geneva: International Council of Nurses; 2017.
- Scarpato A, Laus A, Azevedo A, Freitas M, Gabriel C, Chaves L. Reflections on the use of delphi technique in research in nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2012;13:242-251.

22. Rådestad M, Jirwe M, Castrén M, Svensson L, Gryth D, Rüter A. Essential key indicators for disaster medical response suggested to be included in a national uniform protocol for documentation of major incidents: a Delphi study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2013;21:68. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-68>
23. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310:2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
24. Sullivan E, Brye C. Nursing's future: use of the Delphi technique for curriculum planning. *J Nurs Educ.* 1983;22:187-189. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19830501-02>
25. Sampaio F, Sequeira C, Lluch Canut T. Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería. In: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), ed. *X Simposium AENTDE "Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad"*. Seville: AENTDE; 2014: 718-721.
26. Rogers C. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships. In: Koch S, ed. *Psychology: A Study of a Science*. New York, NY: McGraw Hill; 1959:184-256.
27. Piazza-Bonin E, Neimeyer R, Alves D, Smigelsky M, Crunk E. Innovative moments in humanistic therapy I: process and outcome of eminent psychotherapists working with bereaved clients. *J Constr Psychol.* 2016; 29:269-297. <https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1118712>
28. Rogers C. *Client-Centered Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton-Mifflin; 1951.
29. Rogers C. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1961.
30. Letourneau D, Cara C, Goudreau J. Humanizing nursing care: an analysis of caring theories through the lens of humanism. *Int J Hum Caring.* 2017;21:32-40. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-21.1.32>
31. Chalifour J. *La relation d'aide en soins infirmiers*. Paris: Ed. Larousse; 1989.
32. Bermejo J, Carabias R. *Relacion de ayuda y enfermería*. Madrid: Sal Terrae; 1998.
33. Alfaro-LeFevre R. *Applying Nursing Process-The Foundation for Clinical Reasoning*. Philadelphia, MA: Wolters Kluwer Health; 2014.
34. Enez O. Effectiveness of psychotherapy-based interventions for complicated grief: a systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry.* 2017;9:441-463. <https://doi.org/10.18863/pgy.295017>
35. Al-Sulaiman R, Bener A, Doodson L, et al. Exploring the effectiveness of crisis counseling and psychoeducation in relation to improving mental well-being, quality of life and treatment compliance of breast cancer patients in Qatar. *Int J Women's Health.* 2018;10:285-298. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S161840>
36. Stafford M, Cooper M, Barkham M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of humanistic counselling in schools for young people with emotional distress (ETHOS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2018;19:175. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2538-2>
37. Santos C. Abordagem Centrada na Pessoa-Relação Terapêutica e Processo de Mudança [Person-Centered Approach-Therapeutic Relationship and Change Process]. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.* 2004;2:18-23. http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf. Accessed October 18, 2019.

How to cite this article: Coelho J, Sampaio F, Sequeira C, Lleixà Fortuño M, Roldán Merino J. The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;1-9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12536>

Artigo 3

Cultural Adaptation and Psychometric Properties Assessment of the NOC Outcome “Cognition” in a Sample of Portuguese Adults With Mental Illness

Cultural Adaptation and Psychometric Properties Assessment of the NOC Outcome “Cognition” in a Sample of Portuguese Adults With Mental Illness

Joana Catarina Ferreira Coelho, MSc , Ana Rita Martins Ribeiro, Francisco Miguel Correia Sampaio, MSc, PhD , Carlos Alberto da Cruz Sequeira, MSc, PhD , Maria del Mar Lleixà Fortuño, PhD , and Juan Roldán Merino, PhD 

Joana Catarina Ferreira Coelho, RMN, MSc, is a PhD student at University Rovira i Virgili, Spain, registered mental health nurse at the Psychiatry Department, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Portugal, invited assistant at Nursing School of Porto, Portugal, and collaborator researcher at the NursID Research Group, CINTESIS, Portugal, Ana Rita Martins Ribeiro, RMN, is an MSc student at Nursing School of Porto, Portugal and registered nurse at the Psychiatry Department, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Portugal, Francisco Miguel Correia Sampaio, RMN, MSc, PhD, is an assistant professor at the Faculty of Health Sciences, University Fernando Pessoa, Portugal, doctorate integrated researcher at the NursID Research Group, CINTESIS, Portugal, and postdoctoral researcher at the Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal, Carlos Alberto da Cruz Sequeira, RMN, MSc, PhD, is an associate professor at Nursing School of Porto, Portugal and principal investigator at the NursID Research Group, CINTESIS, Portugal, Maria del Mar Lleixà Fortuño, RMN, PhD, is an associate professor at Universitat Rovira i Virgili and health director at Terres de l'Ebre, and Juan Roldán Merino, RMN, PhD, is a professor at Nursing School of Barcelona, Campus Docent Sant Joan de Déu-Private Foundation, University of Barcelona, Spain and researcher at the GEIMAC Research Group (Group Consolidat 2017-1681: Group of Studies of Invariance of the Instruments of Measurement and Analysis of the Change in the Social and Health Areas), Barcelona, Spain

Search terms:

Cognition, nursing outcomes classification, psychometrics

Author contact:

enf.joanacoelho@gmail.com, with a copy to the Editor: journal@nanda.org

PURPOSE: Cultural adaptation and psychometric properties assessment of the Nursing Outcomes Classification (NOC) outcome “Cognition” in a sample of Portuguese adults with mental illness.

METHODS: Methodological study.

FINDINGS: The final European Portuguese version of the NOC outcome “Cognition”, consisting of 13 items, showed good psychometric properties. An exploratory factor analysis was performed from which only one factor was established.

CONCLUSIONS: The European Portuguese version of the NOC outcome “Cognition” seems to gather very satisfactory psychometric properties for assessing cognition in the Portuguese population.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE: This study contributed to advance the nursing body of knowledge and to better assess cognition in a clinical context.

Purpose/Objectives

The International Council of Nurses (ICN) (2017) defines “Cognition” as an intellectual process that involves all aspects of perception, thinking, reasoning, and memory. Cognition can also be defined as a mental capacity that allows a person to understand and solve everyday problems, so that their interpretation and resolution is not left to the sense organs alone. Hence, cognition consists of a set of cortical functions involving memory, the executive function, praxia, language, gnosis, and the visuospatial function (Moraes, 2008). In the NANDA International Nursing Diagnoses, cognition corresponds to class 4 of domain 5 (perception/cognition), to which the following nursing diagnoses are associated: acute confusion (00128), risk for acute confusion (00173), chronic confusion (00129),

deficient knowledge (00126), readiness for enhanced knowledge (00161), ineffective impulse control (00222), labile emotional control (00251), and impaired memory (00131) (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Some of the most important cognitive deficits result in the inability to pay attention, to process information, to remember and recall information, to initiate speech, to think critically, and to be able to plan, organize, and solve problems (Trivedi, 2006). Changes in the cognitive domain are present in various pathologies, particularly mental pathologies. Bipolar affective disorder, schizophrenia, depressive syndromes, obsessive-compulsive disorder, and dementia syndromes may be related to cognitive impairment, but the manifestation of such impairment is different for each pathology (Trivedi, 2006). Individuals with obsessive-compulsive disorder present significant impairment in attention and

Psychometric Properties of the NOC Outcome "Cognition"

J. C. F. Coelho et al.

concentration, as well as visuospatial and visuoconstructive deficits (Deckersbach et al., 2002). Cognitive deficits are also important features in schizophrenia, as perception, attention, memory, and problem solving are often affected areas (Green, 2001). On the other hand, within this pathological framework, information processing and thinking, in their different dimensions, are also often affected (Braff, 1993). Finally, the major neurocognitive disorder is a syndrome, usually chronic and progressive in nature, characterized by cognitive deterioration; for this reason, it is one of the leading causes of dependency worldwide. Alzheimer's disease is the most common form of major neurocognitive disorder, accounting for about 60-70% of cases. It is expected that by 2030 about 65.7 million people will live with a major neurocognitive disorder, rising to 115.4 million by 2050 (Prince & Jackson, 2009).

Cognitive assessment is the basis for a better characterization of the cognitive domains that are affected. Detection and characterization of an existing cognitive impairment should be performed as early as possible, thus providing better guidance in defining the intervention to be performed and in monitoring the person and the family (Apóstolo, Paiva, Silva, Santos, & Schultz, 2017). In this process, the use of cognitive assessment tools is extremely important, not only for the identification of cognitive changes, but also for the assessment of the effectiveness of intervention strategies (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

Cognition assessment can be performed using a variety of instruments. The *Mini Mental State Examination* (MMSE) is the most widely used instrument for screening of cognitive decline (Crum, Anthony, Bassett, & Folstein, 1993; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). The translation and adaptation study of MMSE for the Portuguese population was published in 1994 (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas, & Garcia, 1994). The study defined the cutoff points for the detection of cognitive impairment, which were eventually reviewed by Freitas, Simões, Alves, and Santana (2014). The *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) allows detection of milder forms of cognitive impairment (Nasreddine et al., 2005) and has greater sensitivity in assessing executive function, memory, language, and visuospatial ability (Freitas, Simões, Marôco, Alves, & Santana, 2012). Likewise, there is the *Six Item Cognitive Impairment Test* (6CIT), also validated for the Portuguese population. This is a short and simple cognitive screening tool with good psychometric properties (e.g., Cronbach's $\alpha = .88$) (Abdel-Aziz & Larner, 2015; Davous, Lamour, Debrand, & Rondot, 1987; Hessler et al., 2016; Tuijil, Scholte, De Craen, & Van Der Mast, 2012), which is particularly appropriate for identifying milder forms of cognitive impairment (Brooke & Bullock, 1999). The translation, adaptation, and evaluation of this instrument's reliability and validity in Portugal were performed by Apóstolo et al. (2017).

These instruments, however, present some known limitations. For MMSE, it is described as a reduced complexity associated with tasks related to memory and language, as well as the need to frequently review cutoffs, mainly due

to sociodemographic changes related to schooling (Santana et al., 2016). Regarding MoCA, Roalf et al. (2013) report that this assessment instrument is superior to the MMSE, especially in the screening of early stages of cognitive decline; however, illiterate individuals have difficulty performing the tasks of the instrument, which can bias their results (Sarmiento, 2009). Finally, the sample used in the 6CIT validation process in Portugal only included elderly people in homes and community contexts, which reflects a limitation in the use of this instrument in hospital contexts (Apóstolo et al., 2017).

The selection of any cognitive intervention should be preceded by a detailed assessment, namely by employing instruments, as cognition is a complex process and its impairment interferes with various areas of the individual (going from social, leisure, or everyday activities to functionality at work) (Abreu & Tamai, 2002). If the intervention in cognition fits the psychotherapeutic context, the Psychotherapeutic Intervention Model in Nursing developed by Sampaio, Sequeira, and Lluch Canut (2017) recommends the use of the outcomes contained in the Nursing Outcomes Classification (NOC) to evaluate the patient. As such, the assessment of the psychometric properties of these outcomes is fundamental.

Consequently, the NOC outcome "Cognition" (0900) (Moorhead, Swanson, Johnson, & Mass, 2018) may be a relevant clinical instrument for the assessment of cognition, but it lacks a process of cultural adaptation and validation for the Portuguese population. Despite the use in clinical context of the previously mentioned assessment instruments, none of them were developed by nurses, which means that in Portugal there is no cognition assessment tool developed on the basis of the nursing body of knowledge. For these reasons, this study aims to culturally adapt and assess the psychometric properties of the NOC outcome "Cognition" (0900) in a sample of adults with mental illness.

Design

A cross-sectional methodological study was conducted in two phases: phase 1 concerned the cultural adaptation of the NOC outcome "Cognition" (0900) to European Portuguese; and phase 2 consisted of the evaluation of the psychometric properties of the instrument.

The NOC outcome "Cognition" (0900) has already been translated into Brazilian Portuguese (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016). However, taking into consideration the cultural differences between Brazil and Portugal, even in terms of language usage, we think that it is important to carry out its cultural adaptation to Portugal. Cultural, idiomatic, linguistic, and contextual particularities (Hambleton, 2005) should be taken into account when preparing instruments for use in different cultural contexts (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Sireci, Yang, Harter, & Ehrlich, 2006) in order to reduce the risk of carrying out biased validation studies (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1998).

Setting

Data were collected at the Psychiatry Service of a hospital in northern Portugal. Considering that the Service has inpatient and outpatient services, data collection was performed in both contexts.

Sample

Convenience nonprobabilistic sampling was used. The following inclusion criteria were cumulatively considered: (a) being at least 18 years old; and (b) explicit expression of interest by the patient to collaborate in the investigation. As for the exclusion criteria, one or more of the following were considered: (a) psychomotor agitation; and (b) alteration of thought and/or perception that would make it impossible to conduct a clinical interview.

To determine the sample size, the criteria recommended by Tabachnick and Fidell (2014) were followed, meaning that for each item at least 10 individuals have to be considered in the exploratory factor analysis (EFA), mostly to guarantee stable factor estimates and, consequently, to ensure that the factorial analysis can be carried out (Nunnally & Bernstein, 1994). The sample was entirely composed of patients with mental disorders.

Main Research Variables

The NOC outcome "Cognition" (0900) is an instrument with 13 indicators used to measure the cognitive status. Each indicator is supposed to be rated by a registered nurse on a five-point (1-5) response category. The possible final scores range from 13 to 65. The higher the score, the better the cognitive status.

The MMSE consists of 30 items grouped into 11 categories. However, a comprehensive review of the MMSE by Tombaugh and McIntyre (1992) reported that the MMSE items are typically grouped into seven cognitive domains. The screening usually takes 5-10 min to carry out, and the instrument can be administered by a registered nurse or other health professional. The final scores range from 0 to 30 (Pangman, Sloan, & Guse, 2000). To complete the test successfully, the patient must have good hearing and sight and must demonstrate sufficient musculoskeletal function to be able to hold a pencil or pen and to write (Dellasega & Morris, 1993). In the Portuguese version, scores lower than 15 (in cases of illiterate patients), 22 (in cases of patients with 1-11 years of schooling), or 27 (in cases of patients with more than 11 years of schooling) are indicative of cognitive impairment (Guerreiro et al., 1994).

Method

To define the methods of this review, we decided to follow the general steps pointed out by Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluçh Canut, and Martins (2018). Hence, first, we adapted the Brazilian Portuguese version of the NOC outcome "Cognition"

(0900) (Moorhead et al., 2016). The cultural adaptation of the NOC outcome into European Portuguese was carried out following the principles of good practice developed by Wild et al. (2005).

The cultural adaptation was carried out by a panel of five nursing experts deliberately selected to this purpose and who were not directly involved in the research process. The criteria cumulatively followed those professionals were: (a) being specialized in mental health nursing; (b) having a PhD degree; and (c) having previously carried out and published, at least, one instrument validation study. Each indicator was discussed in person with the group of experts and only those consensually considered incomprehensible or ambiguous in the Portuguese cultural context were replaced. In such cases, alternative indicators were proposed, discussed, and consensus was achieved by the group of experts as to their use. Therefore, quantitative analysis (content validity index) was not used for the cultural adaptation process. Cognitive debriefing of the NOC outcome was then conducted with a nonprobability convenience sample of five respondents drawn from the target population, aiming at assessing their level of comprehensibility, highlighting any items that may be inappropriate at a conceptual level, and identifying any other issues that could lead to confusion. Finally, the NOC outcome was proofread by two members of the research team (JC and FS) to check for minor errors.

With a view to evaluate the psychometric properties of the NOC outcome "Cognition" (0900), data were collected from March to May 2019. Patients were: (a) approached by the main investigator (JC) at the inpatient setting; or (b) referred to the main investigator (JC) at the moment of the appointment with their psychiatric nurse at the outpatient setting. In case all the eligibility criteria were fulfilled, and if patients consented to participate in the research, they were interviewed by the main investigator. The data collection instrument was composed of a sociodemographic and clinical questionnaire (including age, gender, marital status, years of schooling, professional situation, and psychiatric diagnosis), the NOC outcome "Cognition" (0900), and the Portuguese version of the MMSE (Guerreiro et al., 1994).

Approval for this study was obtained from the ethics committee for health, in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki and subsequent revisions (World Medical Association, 2013). At the beginning of the interview, the main investigator explained the broad objectives of the study and all the participants filled in an informed consent form.

Data analysis was carried out using IBM SPSS Statistics 25.0 for Macintosh (IBM Corp., 2016). Significance was set at .05. First, an EFA was carried out using principal component extraction method with oblimin rotation (considering all the interitem correlations are $>.3$). Some criteria were established to eliminate indicators, if needed: (a) relevance and comprehensibility of the indicator (discussed among the members of the research team) (Marôco & Garcia-Marques, 2006); (b) relevant increase in the internal consistency of the outcome in case the indicator was removed (Field,

Psychometric Properties of the NOC Outcome "Cognition"

J. C. F. Coelho et al.

2013); (c) primary factor loading $<.4$ (Stevens, 2009); (d) cross-loadings differing by $<.2$ (in case the instrument comprised more than one factor) (Ferguson & Cox, 1993); and (e) communalities $<.5$ (Hair, Jr., Black, Babin, & Anderson, 2010). Cronbach's α coefficients were used to evaluate the internal consistency of the NOC outcome and its potential factors. The concurrent validity between the NOC outcome "Cognition" (O900) and the MMSE was estimated using Pearson's correlation coefficient. In order to evaluate the interrater reliability of the NOC outcome, some patients were separately interviewed by two of the members of the research team (JC and RM). We estimated that it would be necessary to apply the NOC outcome "Cognition" (O900) to a minimum of 46 subjects, by two raters, in order to detect an intraclass correlation coefficient (ICC) equal to or greater than .70 (Streiner & Norman, 2003) between assessments considering a 95% two-sided confidence level and a 50% assurance probability (Zou, 2012). Both evaluators perform functions in the context of inpatient psychiatry. Thus, for both of them to have access to the sample, it was defined that the patients who would be evaluated for the purpose of determining the interrater reliability would be those who were hospitalized.

To evaluate each of the NOC outcome "Cognition" (O900) indicators, some strategies were defined and previously presented to the second evaluator in order to create a minimum guideline for data collection. Nonetheless, no structured guide was prepared to avoid any possibility of bias in assessing the interrater reliability.

The following is an outline of how each of the NOC indicators was evaluated:

- Communication clear for age/Communication appropriate for age: assessed during the interview by discourse analysis.
- Comprehension of the meaning of situations: assessed through the clear assumption of understanding informed consent.
- Attentioness/Concentration: observation of the behavior of the patient during the interview.
- Cognitive orientation: posing questions about the day, month, year, place, and identification of the patient and the interviewer.
- Immediate memory: analysis of the dialogue with the patient throughout the interview (information retention capacity).
- Recent memory: questions about the day before to the day of the interview.
- Remote memory: questions about childhood.
- Information processing: analysis of the patient's discourse during the interview.
- Alternatives weighed when making decisions/Appropriate decision making: questions concerning examples of everyday situations (e.g.,: if you did not take the injectable medication, what would you do?; If you missed the bus, how would you get home?).

Table 1. Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Sample

	%	n	\bar{x}	SD
Sociodemographic characteristics				
Gender				
Female	53.80	70		
Male	46.20	60		
Age			49.44	17.10
Marital status				
Single	53.80	70		
Married	23.10	30		
Divorced	12.30	16		
Years of schooling			7.98	3.76
Professional situation				
Retired due to disability	39.20	51		
Unemployed	31.50	41		
Employed	20.00	26		
Clinical characteristics				
Schizophrenia	37.70	49		
Dementia	14.60	19		
Bipolar disorder	10.00	13		
Schizoaffective disorder	7.70	10		

- Complex calculation skills: adding, subtracting, multiplying, and dividing exercises, with a minimum of three questions of progressive difficulty for each of the calculation types (e.g.,: 12+3, 33+7, 78+11, 11-3, 35-5, 87-6, ...).

Finally, the cutoff points of the NOC outcome "Cognition" (O900) were calculated using the Fisher equation $(\bar{x}_1 - SD1) + (\bar{x}_2 + SD2) / 2$, as proposed by Vaz Serra (2000), being 1 = patients with cognitive impairment (according to the score obtained in the MMSE) and 2 = patients with no cognitive impairment (also according to the score obtained in the MMSE).

Findings

In the cultural adaptation of the NOC outcome "Cognition" (O900), nursing experts did not suggest the replacement of any indicator. In the cognitive debriefing, all the indicators were considered comprehensible by the respondents. So, no language modifications were considered necessary to improve the NOC outcome. Besides, no minor errors were identified during the proofreading.

The research was conducted with a total sample of 130 patients. Forty-six (46) of them were interviewed by two researchers in order to evaluate the interrater reliability of the NOC outcome "Cognition" (O900). The summarized sociodemographic and clinical characteristics of the study sample are presented in Table 1.

No indicators were eliminated due to the absence of relevance (as discussed among the members of the research team).

Before assessing the construct validity of the NOC outcome "Cognition" (O900) using the EFA, we calculated the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value to assess the adequacy of the sample for factor analysis. The value of the KMO was

Table 2. Factor Analysis of the NOC Outcome "Cognition" (0900)

Indicators	Factor 1
090004 Concentration [Concentração]	.953
090003 Attentiveness [Capacidade para ficar atento]	.949
090010 Alternatives weighed when making decisions [Peso de alternativas a tomar decisões]	.945
090009 Information processing [Processamento de Informações]	.941
090011 Appropriate decision making [Tomada de decisão adequada]	.937
090005 Cognitive orientation [Orientação Cognitiva]	.935
090013 Comprehension of the meaning of situations [Compreensão do significado das situações]	.930
090014 Communication clear for age [Comunicação clara para a idade]	.894
090015 Communication appropriate for age [Comunicação adequada à idade]	.887
090008 Remote memory [Memória Remota]	.880
090007 Recent memory [Memória Recente]	.870
090006 Immediate memory [Memória Imediata]	.821
090016 Complex calculation skills [Habilidades de cálculos complexos]	.764
Eigenvalue	10.579
Cumulative variance	81.37%
$\bar{x} \pm SD$	49.94 \pm 15.60
Cronbach's α	.98

.93, which was deemed acceptable to proceed with the EFA, and the Bartlett's test of sphericity significance level was $\chi^2 = 2,967,14$; $df = 78$; $p < .001$. Finally, all anti-image correlation matrix diagonals were $> .5$, which reinforced the assumption of factorability. Table 2 shows the results of the EFA. The EFA presented one factor that fulfilled the Kaiser (1960) criterion (eigenvalue of over 1.0 can be retained), explaining 81.37% of the cumulative variance. In this study, the internal consistency of the NOC outcome "Cognition" (0900) was also evaluated; the results are presented in Table 2.

The correlation between the scores of the NOC outcome "Cognition" (0900) and those of the MMSE was calculated to assess concurrent validity. As expected, the analysis indicated a very high positive statistically significant correlation between the two measures ($r = .94$; $p < .001$), according to the interpretation criteria suggested by Bryman and Cramer (2011).

The interrater reliability was tested using the ICC. A very high degree of reliability was found between two raters. The average measure of ICC was .979 with a 95% confidence interval from .973 to .984 ($F(129,129) = 47.07$, $p < .001$).

Finally, the cutoff points were calculated using the Fisher equation $(\bar{x}_1 - SD_1) + (\bar{x}_2 + SD_2) / 2$. Thus, for patients with 1-11 years of schooling, $(28.33 - 12.154) + (55.45 + 8.332) / 2 = 39.979$, with the cutoff point considered to be equal to 40 by default; for patients with more than 11 years of schooling,

$(53.00 - 5.972) + (62.96 + 3.066) / 2 = 56.527$, with the cutoff point considered to be equal to 57 by default. Due to the absence of illiterate patients in the sample, it was not possible to calculate the cutoff point of the NOC outcome "Cognition" (0900) for those cases.

Conclusions

The main objective of the study was to carry out the cultural adaptation to European Portuguese of the NOC outcome "Cognition" (0900) and to assess its psychometric properties in a sample of adults with mental illness. The results support the reliability and validity of the instrument. Accordingly, very positive results were found in the assessment of the concurrent validity between the NOC outcome "Cognition" (0900) and the MMSE, as well as in the interrater reliability, which allowed to assume that the instrument consists of only one factor.

It was not possible to compare the results obtained with those of other studies assessing the psychometric properties in the NOC outcome "Cognition" (0900) as studies of this kind were not found in the literature.

In this study, the average number of schooling years found was 7.98 years. As mentioned before, schooling is an important factor that should always be taken into account when assessing cognition (Coelho et al., 2012), as schooling is known to significantly influence cognitive performance (Jones, Manly, Rentz, Jefferson, & Stern, 2011). Thus, cognitively healthy individuals with higher education level can effectively present a better cognitive performance; however, they develop cognitive decline at the same rate as individuals with lower educational level (Zahodne et al., 2011).

The EFA performed showed that the NOC outcome "Cognition" (0900) (Moorhead et al., 2018) has only one factor, which contrasts with the six constants in the MMSE (orientation, registration, attention and calculation, recall, language, and praxis) and the eight constants of the MoCA (visuospatial/executive, naming, memory, attention, language, abstraction, delayed recall, and orientation). Nonetheless, this matches the 6CIT, which also has only one factor. The analysis of the two assessment instruments clearly shows that both are made up of few items (six in the case of the 6CIT and 13 in the case of the NOC outcome "Cognition" [0900]). This characteristic may contribute to the fact that these instruments cannot be subdivided into different factors. Additionally, a content analysis of the NOC outcome "Cognition" (0900) shows that, for example, the items "Concentration" (090004) and "Attentiveness" (090003) could be a factor. This is also what occurs with the items "Immediate Memory" (090006), "Recent Memory" (090007), and "Remote Memory" (090008); the factors, however, would have a very small number of items, and this could make it difficult to obtain a good internal consistency. Similarly, from the analysis of the constructs of other items, it does not seem to be possible to associate them with other items in order to constitute factors. Although this is not a

Psychometric Properties of the NOC Outcome "Cognition"

J. C. F. Coelho et al.

self-administered instrument, it was decided to evaluate the construct validity of the NOC outcome "Cognition" (O900) in an attempt to understand if its construct can be reduced to factors from a theoretical viewpoint.

Regarding the cumulative variance for the NOC outcome "Cognition" (O900), a value of 81.37% was found, which exceeds by far the minimum recommended value of 60% proposed by Hair, Jr. et al. (2010) for social sciences research.

The internal consistency of the instrument, translated by Cronbach's alpha (.98), is higher than the minimum value (.70) recommended by Nunally and Bernstein (1994), and equally higher than the value proposed by Pestana and Gageiro (2000) as an indicator of good internal consistency ($>.80$). On the other hand, the MoCA presents a Cronbach's alpha of .94 (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010) and the 6CIT of .82 (Paiva, 2013), which are lower values than those found in this study. The fact that the internal consistency is greater than .90 can be understood as there are redundant items in the instrument; however, from the content point of view, and based on an item-by-item analysis, it seems that each item assesses different aspects in the domain of cognition. Likewise, according to Kottner et al. (2011), whenever an assessment tool competes for clinical decision making, a Cronbach's alpha of .90 should be considered as the minimum acceptable value. So, the option was made not to eliminate any item to reduce internal consistency.

Considering the unifactorial structure of the instrument, no items were eliminated due to the criterion "cross-loadings differing by less than .2." The item with the lower factor loading was "Complex calculation skills" (90016) (.76), so no items were eliminated due to the criterion "primary factor loading $<.4$." Finally, the item with the lower communality was "Complex calculation skills" (90016) (.58), so no items were eliminated due to the criterion "communalities $<.5$."

Regarding the ICC, the value found in this study was .979 indicating excellent interrater reliability (Koo & Li, 2016), even though this number is slightly lower than that found in one of the studies that assessed the MoCA psychometric properties (.988) (Freitas et al., 2014). The difference may be justified by a higher number of individuals who made up the sample when compared to the sample used in this study, which is significantly lower, and this is a factor that should be taken into account in the ICC analysis (Koo & Li, 2016). With regard to the MMSE, in the study carried out in Spain by Blesa et al. (2001), the ICC obtained was again lower than the one found in the study (.87), and again, one possible explanation for this may be the sample size ($n = 54$) being greater than that used in this study ($n = 46$).

Regarding the determination of cutoff points of the NOC outcome "Cognition" (O900), it must also be pointed out that when using the instrument, the health professional may choose to evaluate only some of the indicators that are part of it. However, the determination of cutoff points seems to add usefulness to the instrument, allowing a clear definition of whether there is a global change in cognition.

In order to determine the cutoff points of the NOC outcome "Cognition" (O900), a comparison was carried out us-

ing as a reference the MMSE cutoffs. Thus, although there are studies that propose new cutoffs for MMSE (Freitas et al., 2014; Morgado et al., 2009; Santana et al., 2016), none include in their samples individuals with nonorganic mental disorders. Therefore, we chose not to take into consideration these more "current" cutoff points since they do not seem appropriate for the sample used in this study (composed entirely of individuals with mental illness).

Finally, the results must be analyzed taking into account the following limitations: the sample consisted only of individuals from the same service and from the same hospital, all of them with mental illness, and in future studies it would be relevant to also include mentally healthy individuals. Additionally, it would be important to enlarge the sample to be more representative. It should also be added that the sample did not include illiterate individuals, which did not allow to establish a cutoff for these individuals in the context of this instrument. In future studies, it would be important to apply the NOC outcome "Cognition" (O900) to a sample of these individuals. Finally, and contrary to what took place in previous studies carried out to evaluate the psychometric properties of cognitive assessment instruments, the sample was not mainly composed of individuals with major neurocognitive disorder, which may have also contributed to the high internal consistency obtained. As such, it would be important to replicate the study with a sample composed entirely of people with major neurocognitive disorder as a way to further explore issues related to the internal consistency of the instrument.

Implications for Nursing Knowledge and/or Language Development

The present study shows relevant results that contribute to the nursing body of knowledge, as the psychometric properties of the NOC outcome "Cognition" (O900) seem to support its use in the clinical context, allowing the assessment of cognition in the population aged 18 and older with mental illness. This is an instrument developed by nurses, easy to use, and applicable in clinical context by nursing professionals given its close relationship and regular contact with patients. On the other hand, this study also seems to enrich the language used by nurses, since the NOC outcome "Cognition" (O900) stems from an international classification of nursing outcomes (NOC), so its cultural adaptation and evaluation of psychometric properties promote clinical practice through the use of instruments that originated from the nursing body of knowledge. Therefore, the continuity and replication of this type of study is important for other NOC outcomes, both in Portugal and in the world.

Knowledge Translation

For the practice of nursing to have greater autonomy and responsibility, it is decisive to use a body of knowledge exclusive to nursing, which is created and duly

substantiated through research. The different NOC outcomes are part of the nursing body of knowledge, as they were created by nurses and, consequently, result from research in the nursing area. As such, the assessment of the psychometric properties of the different NOC outcomes is key to the use in clinical practice of instruments that stem from knowledge on nursing. With this study, Portuguese nurses are now able to assess their patients' cognition using tools based essentially on nursing knowledge.

Author's Contribution

Joana Coelho was responsible for data collection and the manuscript's preparation (writing). Ana Rita Martins was responsible for the data collection. Francisco Sampaio was responsible for the statistical analysis, manuscript's preparation (writing), and manuscript's critical review. Carlos Sequeira, Juan Roldán Merino, and Mar Lleixà Fortuño were responsible for the scientific supervision of the research and the manuscript's critical review. All the authors read and approved the final manuscript.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

References

- Abdel-Aziz, K., & Lerner, J. (2015). Six-item cognitive impairment test (6CIT): Pragmatic diagnostic accuracy study for dementia and MCI. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 991-997. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002932>
- Abreu, V., & Tamai, S. (2002). Reabilitação cognitiva [Cognitive rehabilitation]. In V. Freitas (Ed.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 882-891). Guanabara Koogan, SA: Rio de Janeiro.
- Apóstolo, J., Paiva, D., Silva, R., Santos, E., & Schultz, T. (2017). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 22(9), 1190-1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>
- Beaton, E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernandez, G., ... Peña-Casanova, J. (2001). Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39(11), 1150-1157. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(01\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(01)00055-0)
- Braff, L. (1993). Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 233-259. <https://doi.org/10.1093/schbul/19.2.233>
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199911\)14:11<936::AID-GPS39>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199911)14:11<936::AID-GPS39>3.0.CO;2-I)
- Bryman, A., & Cramer, D. (2011). *Quantitative data analysis with IBM SPSS 17, 18 and 19: A guide for social scientists*. East Sussex: Routledge.
- Coelho, F., Vital, T., Novais, I., Costa, G., Stella, F., & Santos-Galduroz, R. (2012). Cognitive performance in different levels of education of adults and active elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 7-15. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100002>
- Crum, M., Anthony, C., Bassett, S., & Folstein, F. (1993). Population-based norms for the mini mental state examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association*, 269(18), 2386-2391. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500180078038>
- Davous, P., Lamour, Y., Debrand, E., & Rondot, P. (1987). A comparative evaluation of the short orientation memory concentration test of cognitive impairment. *Journal of Neurology*, 50(10), 1312-1317. <https://doi.org/10.1136/jnnp.50.10.1312>
- Deckersbach, T., Savage, C., Curran, T., Bohne, A., Wilhelm, S., Baer, L., ... Rauch, S. (2002). A study of parallel implicit and explicit information processing in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1780-1782. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1780>
- Dellasega, C., & Morris, D. (1993). The MMSE to assess the cognitive state of elders. Mini-Mental State Examination. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(3), 147-152.
- Ferguson, E., & Cox, T. (1993). Exploratory factor analysis: A users' guide. *International Journal of Selection and Assessment*, 1(2), 84-94. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.1993.tb00092.x>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: SAGE Publications.
- Folstein, F., Folstein, E., & McHugh, E. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Freitas, S., Simões, R., Alves, L., & Santana, I. (2014). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE normative data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(4), 311-319. <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>
- Freitas, S., Simões, M., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychology Society*, 18(2), 242-250. <https://doi.org/10.1017/S135561711001573>
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa [Montreal Cognitive Assessment (MoCA) adaptation studies for the Portuguese population]. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Green, F. (2001). *Schizophrenia revealed: From neurons to social interactions*. A Norton professional book. New York: W. W. Norton & Co.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE) [Adaptation for the Portuguese population of the Mini Mental State Examination]. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Hambleton, K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badiá, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323-335. <https://doi.org/10.1023/A:1008846618880>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.) (2017). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2018-2020*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hessler, J. B., Schaufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J., & Bickel, H. (2016). The 6-item cognitive impairment test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: Results of the general hospital study (GHoSt). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(7), 726-733. <https://doi.org/10.1002/gps.4514>
- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- International Council of Nurses. (2017). *ICNP® version 2017 - International Classification for Nursing Practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Jones, N., Manly, M., Rentz, M., Jefferson, L., & Stern, Y. (2011). Conceptual and measurement challenges in research on cognitive reserve. *Journal of the International Neuro-psychological Society*, 17(4), 593-601. <https://doi.org/10.1017/S1355617110001748>
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141-151. <https://doi.org/10.1177/001316446002000116>
- Koo, T., & Li, M. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., & Streiner, D. L. (2011). Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS) were proposed. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 661-671.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? [What is the reliability of

Psychometric Properties of the NOC Outcome "Cognition"

J. C. F. Coelho et al.

- the Cronbach's alpha? Old question and modern solutions?]. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Moraes, E. (2008). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia [Basic principles of geriatrics and gerontology]*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination [New normative values for the Mini-Mental State Examination]. *Sinapse*, 9(2), 19-25. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) [Nursing outcomes classification (NOC)]* (5th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Mass, M. (Eds.). (2018). *Nursing outcomes classification (NOC)* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Nasreddine, Z., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nunnally, C., & Bernstein, H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Paiva, D. (2013). *Cognição e envelhecimento: Estudo de adaptação transcultural e validação do Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT) [Cognition and aging: A study of cross-cultural adaptation and validation Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)]* (Masters' thesis). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pangman, V. C., Sloan, J., & Guse, L. (2000). An examination of psychometric properties of the mini-mental state examination and the standardized mini-mental state examination: Implications for clinical practice. *Applied Nursing Research*, 13(4), 209-213.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS [Data analysis for social sciences: The complementarity of SPSS]* (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prince, M., & Jackson, J. (2009). *Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo [World Alzheimer's disease report]*. London: Alzheimer's Disease International.
- Roalf, R., Moberg, J., Xie, X., Wolk, A., Moelter, T., & Arnold, E. (2013). Comparative accuracies of two common screening instruments for classification of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and healthy aging. *Alzheimer's & Dementia*, 9(5), 529-537. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.10.001>
- Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, T., & Martins, T. (2018). Evaluation of the psychometric properties of NOC outcomes "Anxiety level" and "Anxiety self-control" in a Portuguese outpatient sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 184-191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Screening and diagnosis of cognitive decline, using new normative data. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Sarmiento, A. (2009). *Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira da Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para rastreio de comprometimento cognitivo leve [Presentation and applicability of the Brazilian version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for screening for mild cognitive impairment]* (Masters' thesis). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
- Sireci, G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557-567. <https://doi.org/10.1177/0022022106290478>
- Stevens, J. P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (5th ed.). East Sussex: Routledge.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Tabachnick, G., & Fidell, S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatric Society*, 40(9), 922-935.
- Trivedi, J. (2006). Cognitive deficits in psychiatric disorders: Current status. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(1), 10-20. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.31613>
- Tuijl, J. P., Scholte, E. M., De Craen, A. J. M., & Van Der Mast, R. C. (2012). Screening for cognitive impairment in older general hospital patients: Comparison of the six-item cognitive impairment test with the mini mental state examination. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 755-762. <https://doi.org/10.1002/gps.2776>
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS [Development of a scale to assess the vulnerability to stress: The 23 QVS]. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zahodne, L., Glymour, M., Sparks, C., Bontempo, D., Dixon, A., MacDonald, W., & Manly, J. (2011). Education does not slow cognitive decline with aging: 12 year evidence from the victoria longitudinal study. *Journal of the International Neuro-psychological Society*, 17(6), 1-8. <https://doi.org/10.1017/S1355617711001044>
- Zou, G. Y. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Statistics and Medicine*, 31(29), 3972-3981. <https://doi.org/10.1002/sim.5466>

Artigo 4

Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic relationship (TR) is essential to the provision of psychiatric and mental health nursing care. However, no assessment tools exclusive for assessing nursing TR were to be found in the literature.

Aim: To develop and evaluate the psychometric properties of a scale that allows assessing the quality of TR established between the nurse and the patient from the nurse's perspective.

Method: The first step was to develop a TR rating scale, through a literature review and a group of experts. The second step included the evaluation of the scale's psychometric properties, using a sample of 221 mental health nurses.

Results: Cronbach's alpha was 0.93, ranging from 0.78 to 0.88 for each of the factors. The scale showed good temporal stability (ICC = 0.86), showing a good adjustment both to a four-factor structure and to a one-dimensional structure.

Discussion: The Therapeutic Relationship Assessment Scale - Nurse (TRAS-Nurse) is a scale for assessing the TR from the perspective of nurses that, globally, presents good psychometric properties.

Implications for Practice: Mental health nurses can use the TRAS-Nurse, thus having a scale available that allows them to self-assess the quality of TR that they establish with their patients.

KEYWORDS: Mental Health, Nurse-Patient Relations, Psychiatric Nursing, Psychometrics.

1. INTRODUCTION

The therapeutic relationship (TR) between the nurse and the patient has long been considered a pillar in psychiatric and mental health nursing (Harris & Panozzo, 2019). A proof of this is the existence of a nursing theory that is focused exclusively on interpersonal relationships - *Theory of Interpersonal Relations* -, developed by Hildegard E. Peplau in 1952, which reports that nursing practice is based on an interpersonal process between the nurse and the patient. It is through this process that the nurse must identify the patient's needs, thus promoting his/her personal growth so that he/she can produce changes that positively influence his life (D'Antonio, Beeber, Sills, & Naegle, 2014).

According to Zugai, Stein-Parbury, and Roche (2015), the TR is a vehicle to improve the health of people with mental health needs. This relationship is based on trust and mutual respect (Richard & Tabatha, 2010), and allows the identification of objectives that help the patient to improve his/her well-being and to satisfy his/her needs through the nurses' knowledge and skills (Adams, 2017). The TR is a complex relationship that comprises multiple factors, such as empathy (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002), mutual goals and collaboration (Lambert & Barley, 2001), congruence and genuineness (Norcross & Lambert, 2011; Rogers, 1957).

According to the literature, strong therapeutic relationships increase the probability of obtaining positive results (Wilmots, Midgley, Thackeray, Reynolds, & Loades, 2019), increase the effectiveness of nursing interventions, improve the patient's well-being (Moreno- Poyato et al. 2017), and are the basis for a provision of care that guarantees the safety of the patient (Conroy, Feo, Boucaut, Alderman & Kitson, 2017). Several studies have also concluded that the establishment of good therapeutic relationships leads to positive clinical results, such as improving the quality of life and reducing relapse rates (Ahn & Wampold, 2001; Bambling & King, 2001).

On the other hand, the evidence is increasingly emerging about the importance of TR in the implementation of psychotherapeutic interventions performed by nurses (Romeu-Labayen et al., 2020). According to Sampaio, Sequeira, and Lluçh Canut (2017), TR is a mandatory assumption for the implementation of any nursing psychotherapeutic intervention. Different studies demonstrate that the

quality of the TR is a more significant predictor of behavioral change than, for example, the psychotherapeutic model which is used (Cahill, Paley, & Hardy, 2013; Sampaio, Sequeira, & Lluch Canut, 2015).

Given the aforementioned relevance that TR can have in nursing care, in addition to a clear understanding of the concept, it is also important to have tools that allow its evaluation. In a preliminary review of the literature carried out about TR assessment tools, the following were found: the *Relationship Inventory*, originally developed by Barrett-Lennard, which is based on Rogers' person-centered therapy (Watson & Geller, 2005); the *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* and the *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale*, which allow assessing the TR from the perspective of the patient and of the therapist (Henry & Strupp, 1994); the *Counselor Rating Scale*, based on Strong's model of social influence (LaCrosse, 1980); the *Penn Helping Alliance Questionnaire*, built based on the theoretical framework of psychodynamic therapies (Horvath, 1994); the *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989); the *Scale to Assess Therapeutic Relationship*, developed to assess the TR in the context of mental health and psychiatry in the community setting (McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson, & Priebe, 2007); the *Helping Alliance Scale* (Luborsky et al., 1996); and the *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) (Gaston & Marmar, 1994). The *Working Alliance Inventory* is the most widely used tool to assess the TR, which has already been translated into several languages, and it is the one that has the largest amount of data available regarding its reliability in different populations (Ramos, 2008).

Although several instruments for assessing the TR were to be found in literature, none of them focuses on the nurse-patient relationship. Thus, the vast majority focus on the relationship between the therapist, often a psychologist, and the patient, never focusing on the nurse. On the other hand, many of the items found in the different tools focus exclusively on psychotherapy and only in the relationship that is established on that context (for example, item 34 of the WAI - therapist version indicates "... does not know what to expect as the result of therapy" (Horvath & Greenberg, 1989) and item 9 of the CALPAS version therapist refers to "patient viewed therapy as important" (Gaston & Marmar, 1994); and in some European countries, nurses are not even allowed to perform psychotherapy (Horatio - European Psychiatric Nurses, 2012).

2. AIM

This study aims to develop and evaluate the psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale - Nurse (TRAS-Nurse).

3. METHODS

3.1 Design

This study comprised two phases: (1) the development of TRAS-Nurse; and (2) the evaluation of the psychometric properties of TRAS-Nurse, following the methodological principles presented by Roldán-Merino, Roca-Capara, Miguel-Ruiz and Rodrigo-Pedrosa (2019).

3.1.1. Phase 1: Development of TRAS-Nurse

The development of TRAS-Nurse comprised three stages, following a different method in each of them:

First stage: The objective of this stage was to identify items that were essential to assess the TR between the nurse and the patient. A group of 20 experts, Portuguese and Spanish, was intentionally selected, in order to allow the development of a scale whose interpretation of the TR construct was not limited to a specific geographical and cultural context (10 nurses working in clinical settings and/or management, and 10 nursing professors). The selection of nursing professors was based, cumulatively, on the following criteria: (a) minimum academic degree of PhD; and (b) holding the professional title of mental health nurse. In turn, in the selection of nurses, the following criteria were cumulatively considered: (a) minimum academic degree of Master; (b) currently working in a clinical setting and/or management; and (c) holding the professional title of mental health nurse.

To this end, an online questionnaire was prepared that, in addition to questions of sociodemographic characterization, contained an open-ended question ("What items do you consider relevant to assess the quality of the TR that is established between the nurse and the patient?"), which was sent via email to all experts in March 2020.

To this questionnaire, 13 responses were obtained in a total of 20 questionnaires sent (response rate = 65%). All the items that could potentially be included in the assessment tool were identified, resulting in a total of 45 items. After eliminating duplicate items, the list made a total of 35 items.

Second stage: Each expert (the initial 20 were considered again) was again invited to answer an online questionnaire aimed at assessing the content validity of each item for the assessment of the TR construct, concerning its relevance, in a scale from 1 to 4, being 1 - not relevant and 4 - very relevant. The content validity for each item was calculated based on the percentage of experts who assigned a score of 3 or 4 to each item. According to Lynn (1986), only items with a result equal to or greater than 0.80 should be integrated into the scale. Eighteen responses were obtained (response rate = 90%). Of the 35 items identified, 32 were considered relevant or very relevant, with an agreement equal to or greater than 0.80.

3.1.1.1 TRAS-Nurse Pilot Test

A pilot test of the scale was carried out with a group of five mental health nurses to evaluate the time necessary for its completion, if all the questions were understandable, if they made sense in the way they were presented, and the ease in scoring each item. A pilot test should always be considered, using a small sample that brings together the same characteristics of the study population, in order to ensure that the questions asked are clear and objectively evaluate what the researcher wants (Grimm, 2010). The time required to complete the questionnaire ranged between 5 and 7 minutes. The only suggestion given was the reorganization of the items according to the phases of the TR, for example, and following this logic, the item "I introduce myself to the patient." became the first to appear in the list of statements in the instrument.

3.1.2 Phase 2: Assessment of TRAS-Nurse Psychometric Properties

3.1.2.1 Participants and setting

The scale's psychometric properties were analyzed in a sample of 221 nurses. The inclusion criteria for the participants were: (a) to be a mental health nurse; and (b) to currently work in a clinical setting. The sample size was calculated

according to the recommendations of several authors, who recommend between 5 to 20 participants for each item in the assessment tool (Tabachnick & Fidell, 2007; Streiner, Norman & Cairney, 2015). It was also defined that the minimum mandatory number of participants would have to be 100 in order to fulfill the criteria that allow to carry out an exploratory factor analysis (Gorsuch, 1983; Kline, 1994).

3.1.2.2 Variables and information source

A convenience sample was used. All the mental health nurses who were members of the Portuguese Society of Mental Health Nursing and who fulfilled the inclusion criteria were invited to participate.

An online questionnaire was created consisting of two parts: (a) questions that allowed the collection of the sociodemographic characteristics of the participants (sex, age, marital status, academic degree, etc.); and (b) the TRAS-Nurse composed of 32 items. The instrument items consisted of statements for which the response varied between 1 and 5 on a Likert scale (1 - never, 2 - rarely, 3 - sometimes, 4 - often, 5 - always). According to Revilla, Saris, and Krosnick (2013), the use of a Likert scale between 1 and 5 is highly recommended, as it provides a better quality of the data in comparison, for example, to a scale with 7 points.

3.2 Statistical analysis

Statistical analysis was performed using IBM SPSS® version 25 and the Factor software.

To determine the number of items and the underlying factor structure of the questionnaire, an exploratory factor analysis (EFA) was performed.

Before the analysis, the relevance of the analysis was verified using the Kaiser Mayer Olkin (KMO) test and the Bartlett sphericity test. The KMO test is considered excellent if KMO is > 0.90 (Kaiser, 1974; Hutcheson & Sofroniou, 1999) and the Bartlett test is considered appropriate when the value of X^2 is high and the value of p is less than 0.05 (Bartlett, 1950). The value of the KMO was 0.93, which was deemed acceptable for proceeding with the EFA, and Bartlett's test of sphericity significance level was $\chi^2 = 3939.25$; $df = 496$; $p < 0.001$.

For the extraction of the factors, several criteria have been taken into account. Firstly, Kaiser rule (Field, 2018). Under this criterion, the components with an eigenvalue > 1 are retained. Secondly, the sedimentation graph was inspected (Ledesma, Valero-Mora & Macbeth, 2015). In the inspection of the graph, all those factors above the curve were retained. Finally, the Classic Implementing Horn's Parallel Analysis (1965) was used. This method is superior to conventional methods for correctly identifying the true number of factors (Abdi & Williams, 2010; Horn, 1965; Zwick & Velicer, 1986).

Item scores were treated as ordered categorical variables, and the EFA was adjusted to the polychoric correlation matrix between items (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2013). Communalities and coefficients in the matrix for the items were also reviewed and coefficients greater than 0.40 were taken as significant.

The chosen fit function was unweighted robust least squares, with adjusted mean and variance fit statistics (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). The factors were rotated using the Robust Promin rotation (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). The coefficients in the matrix were also reviewed and the items with a factor loading < 0.40 were eliminated.

Inspection of the parameters of the correlation matrix between factors and inspection of the sedimentation graph suggested that a one-dimensional factor solution could also be a plausible option. To assess whether the instrument could be considered essentially one-dimensional, we calculated the explained common variance (ECV) and one-dimensional congruence (UniCo) indices to assess the degree of mastery of the general factor or the closeness to one-dimensionality (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2019). The ECV index essentially measures the proportion of the common variance of the item scores that can be explained by the first canonical factor (that is, the factor that explains the most common variance). The UniCo index is the congruence between the actual loading matrix and the loading matrix that would be obtained if the one-dimensional model is true: the closer to the value of 1, the more the current loading matrix resembles the one-dimensional loading matrix. To conclude that a scale is essentially one-dimensional, the ECV and UniCo values must be greater than 0.85 for ECV (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2019) and 0.95 for UniCo (Lorenzo-Seva & ten Berge, 2006).

To explore the loading values of the items in a one-dimensional solution, an exploratory factor analysis (EFA) was performed. The chosen fit function was also that of unweighted robust least squares, with adjusted mean and variance fit statistics (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). We were also interested in evaluating a bifactor model for the instrument. The applications of factor analysis to the items are generally based on one of these two models: (a) the one-dimensional model (Spearman) or (b) the model of correlated factors. The bifactor model combines both previous models: it allows maintaining the hypothesis of a general dimension, while the additional common variance between the scores is modeled using group factors that are expected to approximate a simple structure (Holzinger & Swineford, 1937). In particular, we calculated Pure Exploratory Bifactor (Pebi) proposed by Lorenzo-Seva and Ferrando, and implemented in Factor software (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). Since the scale ultimately aimed to measure four factors previously identified in the parallel analysis, these factors were rotated using the Robust Promin rotation (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019b).

Reliability was analyzed by internal consistency assessed by Cronbach's alpha and Omega index. The corrected coefficient of homogeneity of the items was also calculated by estimating the correlations of each item with the total of the scale and with its corresponding subscale, accepting a correlation of 0.20 as the lower limit (Clark & Watson, 2015). Adequate values were considered a Cronbach alpha value between 0.70 and 0.90 (Cronbach, 1951) (if $\alpha \geq 0.90$, the internal consistency is considered to be excellent (Kim, Ku, Kim, Park & Park, 2016)) and Omega index values greater than 0.80 (McDonald, 2013). Both indices were calculated for the total score of the instrument and for each of the factors that make it up.

Test-retest reliability was examined within 2 weeks using the intraclass correlation coefficient in a sample of 100 nurses. The values of this coefficient range between 0 and 1. The agreement is considered very good if the coefficient is greater than 0.90, good if it is between 0.71 and 0.90, moderate if it is between 0.51 and 0.70, mediocre between 0.31 and 0.50, and poor or null if it is less than 0.31 (Fleiss, Levin & Paik, 2004; Zou, 2012).

3.3 Ethical considerations

The study was approved in ethic committee. All participants were informed about the object and objective of the study, as well as the fact that all data provided would be treated anonymously.

4. RESULTS

4.1 Sociodemographic characterization of the sample

The study included 221 mental health nurses working in Portugal. The sociodemographic characteristics of the participants are shown in Table 1.

The average age of the participants was 43.88 years (standard deviation = 8.65), and 74.70% were female and essentially married (69.70%). Only 13.60% of the sample attended and completed postgraduate training in clinical / health communication, and 17.60% attended and completed training in psychotherapy (Table 1).

Table 1: Sociodemographic characteristics of the sample

Variables		n	%
Sex	Male	56	25.30
	Female	165	74.70
Marital Status	Single	37	16.70
	Married / in union	154	69.70
	Divorced / de facto separated	28	12.70
	Widow(er)	2	0.90
Academic Degree	Graduation	105	47.50
	Master's	108	48.90
	Doctorate	8	3.60
Professional Performance	Hospital Health Care	136	61.50
	Primary Health Care	62	28.10
	Others	23	10.40

4.2 Psychometric properties of TRAS-Nurse

In this study, seven factors with eigenvalues > 1.0 were identified. In consecutive order, the eigenvalues of the first seven components were 12.30, 2.00, 1.50, 1.57, 1.40, 1.20, and 1.00. The results of the parallel analysis suggested four factors in which the eigenvalues of real data exceeded the eigenvalues of random data. The eigenvalues (and the % of variance explained) were 14.90 (46.80%), 2.09 (6.50%), 1.60 (5.00%) and 1.50 (4.90%).

The EFA identified six items with a loading < 0.40 (item 1, 18, 21, 22, 23 and 29). Subsequently, item 24 was eliminated because it had a factor loading also < 0.40 when repeating the analysis without the six previous items. Finally, the instrument was composed of 25 items grouped into four factors (Table 2).

Table 2: Loading matrix related to the exploratory factor analysis solution – TRAS-Nurse

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
2	0.83			
3	0.79			
4	0.49			
5	0.64			
6	0.55			
7		0.64		
8		0.71		
9		0.97		
10		0.78		
11			0.58	
12			0.65	
13			0.91	
14			0.84	
15			0.79	
16			0.71	
17		0.49		
19				0.42
20	0.41			
25				0.91
26				0.86
27				0.99
28				0.83
30				0.71
31				0.59
32				0.64

Through the analysis of the diagram, a one-dimensional model could be plausible. To assess this hypothesis, we performed an analysis to determine essential one-dimensionality. The values of UniCo and ECV were 0.98 and 0.88, respectively. These values suggest that there is a predominant factor that encompasses the 25 items. In addition, the first order value represents 50.60%

of the common variation. The parallel analysis suggests that the one-dimensional solution is more replicable. Table 3 shows the goodness-of-fit indexes for the one-dimensional model (Table 3).

Table 3: Goodness-of-fit indexes for the one-dimensional model – TRAS-Nurse

INDEX	VALUE	95% confidence interval
CFI [†]	0.98	0.95 – 1.00
GFI [‡]	0.96	0.95 - 0.98
AGFI [§]	0.96	0.94 - 0.98
RMSEA [¶]	0.08	0.08 - 0.10
Goodness of fit test	$\chi^2 = 671.505; gl=275; P = 0.00001$	
Reason for fit	$\chi^2 / gl = 2.44$	

[†]CFI: Comparative Fit Index. [‡]GFI: Goodness of Fit Index. [§]AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index.
[¶]RMSEA: Root Mean Standard Error of Approximation

The fit indices inspected in the previous subsection show that the fit to the one-dimensional solution is acceptable. On the other hand, we consider that the four group factors can play an important role in the factor model. Table 4 shows the goodness of fit indices for the bifactor model, which were really good (Table 4).

Table 4: Goodness-of-fit indexes for the exploratory bifactor model – TRAS-Nurse

INDEX	VALUE	95% confidence interval
CFI [†]	1.00	0.99 - 1.01
GFI [‡]	0.99	0.99 - 0.98
AGFI [§]	0.99	0.99 - 0.99
RMSEA [¶]	0.00	0.00 - 0.04
Goodness of fit test	$\chi^2 = 134,032; gl=185; P = 0.998$	

[†]CFI: Comparative Fit Index. [‡]GFI: Goodness of Fit Index. [§]AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index.
[¶]RMSEA: Root Mean Standard Error of Approximation

All the items presented a notable loading both in the general factor and in the factor of the expected dimension. All the values were higher than 0.25, except for item 11, which obtained a value of 0.23 (Table 5).

The correlation between the factors ranged from 0.15 (F1 - Orientation) to 0.33 (F4 - Involvement). Finally, the reliability of the Orión factors (Ferrando & Lorenzo, 2016) ranged from 0.83 (F2 – Empathy) to 0.91 (F4 - Involvement). The Orion overall factor reliability was 0.95.

Table 5: Loading matrix related to the exploratory bifactor solution – TRAS-Nurse

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Global
2	0.57				0.58
3	0.53				0.49
4	0.37				0.70
5	0.44				0.66
6	0.34				0.64
7		0.45			0.64
8		0.50			0.68
9		0.75			0.59
10		0.67			0.56
11			0.23		0.59
12			0.34		0.73
13			0.56		0.70
14			0.49		0.65
15			0.61		0.62
16			0.55		0.56
17		0.28			0.69
19				0.32	0.67
20	0.26				0.53
25				0.69	0.54
26				0.71	0.56
27				0.81	0.46
28				0.62	0.56
30				0.53	0.67
31				0.23	0.76
32				0.29	0.82

As for reliability, the Cronbach's alpha for the total questions was 0.93, with all values above 0.78 in all factors. The Omega coefficient (ω) for the total of questions was 0.96. All values obtained for each factor were greater than 0.87, and the total ICC was 0.86. Table 6 presents TRAS-Nurse results related to the reliability and test-retest temporal stability (Table 6).

Table 6: TRAS-Nurse Cronbach's alpha Coefficient, Omega's Coefficient and ICC Test-Retest

	Cronbach's alpha	Omega (ω)	ICC [†] (CI 95%)
F1	0.78	0.88	0.82 (0.73 – 0.88)
F2	0.86	0.92	0.79 (0.70 – 0.86)
F3	0.85	0.91	0.78 (0.67 - 0.85)
F4	0.88	0.93	0.86 (0.79 - 0.91)
Total	0.93	0.96	0.86 (0.80 - 0.91)

†ICC: intraclass correlation coefficient.

TRAS-Nurse final structure has 25 items distributed by four factors: F1 - Orientation, with 6 items (minimum score of 6 and a maximum of 30); F2 - Empathy, with 5 items (minimum score of 5 and a maximum of 25); F3 - Self-knowledge, with 6 items (minimum score of 6 and a maximum of 30); F4 - Involvement, with 8 items (minimum score of 8 and a maximum of 40) (Appendix I). However, TRAS-Nurse can also be used as a one-factor structure instrument with 25 items (minimum score of 25 and a maximum of 125).

5. DISCUSSION

Concerning the participants' sociodemographic characteristics, the majority were female. According to the Ordem dos Enfermeiros (OE, 2020), in 2019, of the total 2223 Portuguese mental health nurses, 72.60% were female, and in this study, the sample was composed of 74.70% of female nurses. Regarding the professional practice area, in the sample, about 61.50% performed functions in the hospital and 28.10% in primary health care. In 2017, according to the OE (2018), 62.33% of the mental health nurses performed functions in the hospital setting. Thus, there is evidence that the sample is representative of the study

population (Portuguese mental health nurses). However, it is important to note that, due to the unavailability of national statistical data, it was not possible to compare the academic degrees of nurses included in the sample with those of the study population.

The sample in this study consisted of 221 individuals. According to Gorsuch (1983) and Kline (1994), for carrying out an EFA, the sample must have a minimum of 100 individuals. Comrey and Lee (1992) provided the following sample size adequacy: 50 - very poor, 100 - poor, 200 - reasonable, 300 - good, 500 - very good, and 1,000 or more - excellent. Some authors also proposed minimum proportions of sample size for the number of items. Cattell (1978) suggested three to six participants per item, whereas Gorsuch (1983) suggested that this proportion should be at least of five participants per item. Thus, the sample size of this study met the requirements presented, allowing the conduction of an EFA.

The results of this study show that the psychometric properties of TRAS-Nurse are globally good, indicating, with certainty, that the instrument allows assessing the quality of the TR between the nurse and the patient.

To assess the reliability of TRAS-Nurse, an analysis of its internal consistency was performed using Cronbach's alpha, considering an alpha value ≥ 0.70 as adequate (Nunnally & Bernstein, 1994) and ≥ 0.90 as excellent (Kim, Ku, Kim, Park & Park, 2016). The total alpha value of the instrument is 0.93 (considered excellent), varying in factors between 0.78 and 0.88, making it suitable for all of them. As no instruments were to be found in the literature that assess the same construct as that of the present study, the comparison of the alpha value between instruments was not possible. However, and for purely comparative purposes, we present two instruments that assess a construct relatively close to the one which is approached in this study. Thus, the CALPAS therapist version, in its different validation processes in different contexts, presented a Cronbach's alpha ranging between 0.95 and 0.97 (Gaston & Marmar, 1994), higher than the value found in TRAS-Nurse. The WAI, on the other hand, presented a Cronbach alpha in its subscales that varies between 0.68 and 0.92 (Horvath, 1994), being 0.68 inferior and 0.92 superior to the values found in the factors of TRAS-Nurse.

Still, in the domain of internal consistency, the Omega index was also calculated, with the total instrument presenting an index of 0.96, therefore higher than 0.80, as recommended by McDonald (2013).

In this study, the questionnaire was answered again by 100 participants. A total ICC of 0.86 was obtained for an IC of 95%. This result is in line with the recommendations of Streiner and Norman (2003).

To analyze the construct validity, an EFA was performed that demonstrated the instrument comprises a factorial structure with seven factors. However, factors that were difficult to explain from the theoretical point of view were to be found and, in some cases, those consisted of only two items; according to MacCallum, Widaman, Zhang and Hong (1999) and Raubenheimer (2004), the number of items per factor must vary between three and five, so that the factor can be representative. In view of this somewhat weak structure from a theoretical and statistical point of view, the Classic Implementing Horn's Parallel Analysis (1965) was used. This analysis resulted in a model with four factors. The names of the four factors were developed by the group of researchers, taking into account the literature review, which was previously carried out.

A one-dimensional model was also tested, and the results were satisfactory. In this sense, it is possible to safely say that the combination of all the items on the scale allows the evaluation of the same construct, i.e., the TR between the nurse and the patient.

In addition, we performed an exploratory factor analysis and observed that the solution of a one-dimensional factor and four factors adjusted by a bifactor model are plausible. Our results reinforce the idea that subject scores can be calculated and interpreted for each of the four factors or for the overall factor (full scale).

5.1 Limitations

The first potential limitation of this study is that the TRAS-Nurse is a self-report instrument, which, in itself, can lead to some response bias. The phenomenon of social desirability may be present, that is, nurses can complete the scale according to what society expects to be their performance in the field of TR, instead of what is really their performance and competence to establish TR. However, we sought to minimize this possible bias with anonymity guaranteed when filling out the instrument.

The convenience sampling technique can also be a potential limitation, as it limits the generalization of results.

In the future, it would be important to validate the TRAS-Nurse with other populations, such as nurses who are not mental health nurses, to use probability sampling, and also to develop a complementary instrument that would allow the assessment of TR from the patient's perspective.

5.2. Implications for Nursing Practice

This study presents relevant results that contribute to the nursing body of knowledge. The psychometric properties found in the TRAS-Nurse seem to support its use in clinical settings, allowing the assessment of the quality of the TR that the nurse can establish with the patient. This instrument has been developed by nurses and for nurses. It is applicable in clinical settings, and it highlights the importance of the TR in the provision of nursing care, especially in the context of psychotherapeutic intervention. The TRAS-Nurse differs from all the instruments that already exist in the literature, as it is specific for the TR established between the nurse (and not another health professional), and the patient. This instrument has in its genesis the main aspects that the literature recommends for the establishment of a nursing TR. It is a unique instrument in nursing and, therefore, it also brings innovation in view of the already existing knowledge regarding the TR. Thus, evaluating and interpreting its quality is the first step towards the effectiveness of the interventions to be implemented.

6. CONCLUSION

The TRAS-Nurse was designed to assist mental health nurses to determine the quality of the TR that they can establish with the patient. The evaluation of its psychometric properties confirmed the validity of this instrument for use in nursing clinical practice. This is a self-report instrument, consisting of 25 items and a one-dimensional or four-factor structure, which allows assessing the quality of the TR between the nurse and the patient from the perspective of the nurse, according to his/her own perception and assessment.

Both the one-dimensional and the four-factor structure are deemed to be acceptable. That means that nurses, when using the scale, can score it as a whole (i.e., the score is obtained by summing all the items), and they also can

score each factor of the scale (if they need a more comprehensive analysis of the results).

The TRAS-Nurse comprises a set of items that assess the different aspects that contribute to the establishment of a TR. So, it is an instrument that can facilitate not only the assessment of the quality of the TR but also the identification and reflection of the less positive aspects that deserve to be worked on so that the quality of the TR can be improved. On the other hand, this instrument becomes a crucial work tool for the implementation of nursing psychotherapeutic interventions, since the previous establishment of a good TR is crucial, both for the execution of the intervention and for its success.

REFERENCES

- Abdi, H., & Williams, L. (2010). Principal component analysis. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*, 2(4), 433–459. doi:10.1002/wics.101.
- Adams, L. (2017). Peplau's contributions to psychiatric and nursing knowledge. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), 10–18. doi:10.22374/jmhan.v1i1.3.
- Ahn, H., & Wampold, B. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251.
- Arabacı, L. & Taş, G. (2019). Effect of Using Peplau's Interpersonal Relation Nursing Model in the care of a juvenile delinquent. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(3), 218-226. doi: 10.14744/phd.2019.54366.
- Bambling, M., & King, R. (2001). Therapeutic alliance and clinical practice. *Psychotherapy in Australia*, 8(1), 38–43.
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of statistical psychology*, 3(2), 77-85.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Cahill, J., Paley, G. & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health

nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 782–791. doi: 10.1111/jpm.12015.

Cattell, R. (1978). *The Scientific Use of Factor Analysis*. New York: Plenum.

Clark, L. A., & Watson, D. (2015). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. In *Methodological issues and strategies in clinical research* (4th ed.) American Psychological Association. doi:10.1037/14805-012.

Comrey, A., & Lee, H. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Conroy, T., Feo, R., Boucaut, R., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Role of effective nurse-patient relationships in enhancing patient safety. *Nursing Standard*, 31(49), 53–63. doi:10.7748/ns.2017.e10801.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297–334. doi: 10.1007/BF02310555.

D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311–317. doi:10.1111/nin.12056.

Ferrando P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2016). A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. *Psicológica*, 37(2), 235–47.

Ferrando, P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236–240. doi.org/10.7334/psicothema2016.304

Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2019). On the Added Value of Multiple Factor Score Estimates in Essentially Unidimensional Models. *Educational and Psychological Measurement*, 79(2), 249–271. doi: 10.1177/0013164418773851

Ferrando, P.J. & Lorenzo-Seva, U. (2013). Unrestricted item factor analysis and some relations with item response theory. Technical Report. Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London, UK: SAGE Publications.

Fleiss, J.L., Levin, B., & Paik, M. (2004). *Statistical Methods for Rates and Proportions*, Third Edition. In *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 18. doi.org/10.1002/0471445428.ch18

- Flückiger C, Del Re AC, Wampold B., Symonds, D., & Horvath, A. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi:10.1037/a0025749
- Gaston, L., & Marmar, C.R. (1994). In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Grimm, P. (2010). Pretesting a Questionnaire. *Wiley International Encyclopedia of Marketing*. John Wiley & Sons Ltd. doi:10.1002/9781444316568.wiem02051
- Harris, B. & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1220-1227. doi:10.1111/inm.12611
- Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons
- Holzinger, K. J., & Swineford, F. (1937). The Bi-factor method. *Psychometrika*, 2(1), 41–doi.org/10.1007/BF02287965
- Horatio: European Psychiatric Nurses (2012). *Psychiatric/Mental health nursing and psychotherapy: The position of Horatio: European Psychiatric Nurses*. Available at: http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf
- Horn, J. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179–185. doi.org/10.1007/BF02289447
- Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. In A.O. Horvath e L.S. Greenberg (Eds). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: John Wiley & Sons
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Hutcheson, G. D., & Sofroniou, N. (1999). *The Multivariate Social Scientist: an introduction to generalized linear models*. SAGE Publications Ltd.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36.
- Kim, H., Ku, B., Kim, J. Y., Park, Y.-J., & Park, Y.-B. (2016). Confirmatory and Exploratory Factor Analysis for Validating the Phlegm Pattern Questionnaire for

Healthy Subjects. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–8. doi:10.1155/2016/2696019

Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. New York: Routledge.

LaCrosse, M.B. (1980). Perceived counselor social influence and counselling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27(4),320-327. doi: 10.1037/0022-0167.27.4.320

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*,38(4), 357–361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357

Ledesma, R., Valero-Mora, P., & Macbeth, G. (2015). The Scree test and the number of factors: A dynamic graphics approach. *The Spanish Journal of Psychology*, 18. doi.org/10.1017/sjp.2015.13

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019a). A General Approach for Fitting Pure Exploratory Bifactor Models. In *Multivariate Behavioral Research*, 54(1), 15-30. doi.org/10.1080/00273171.2018.1484339

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019b). Robust Promin: A method for diagonally weighted factor rotation. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 99–106. doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08

Lorenzo-Seva, U., & ten Berge, J. M. F. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, 2(2), 57–64. doi.org/10.1027/1614-2241.2.2.57

Luborsky, I., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) Psychometric Properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260–271

Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–385

MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84. doi: 10.1037/1082-989X.4.1.84

McDonald, R.P. (2013). Reliability Theory for Total Test Scores. In: *Test Theory: A Unified Treatment*, New York

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health

- care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85-95. doi: 10.1017/S0033291706009299
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suarez-Perez, R. et al. (2017). Implementation of evidence on the nurse patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nursing*, 16(1), 1–7. doi: 10.1186/s12912-016-0197-8
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. doi: 10.1037/a0022180
- Nunnally, J.C., Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory*, 3rd ed. McGraw-Hill, New York
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Caracterização dos membros do CEE de Saúde Mental e Psiquiátrica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6394/2017_dadosestatisticos_especialistas_sm-e-psiqui%C3%A1trica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2020). Anuário Estatístico 2019. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf
- Peplau, H.E. (1992). Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nurs Sci Q*, 5(1), 8-13. doi: 10.1177/089431849200500106
- Ramos, M.A. (2008). Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised [Analysis of the Psychometric Characteristics of the Portuguese Version of the Working Alliance Inventory - Short Revised] (Master's thesis, University of Minho, Portugal). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8895/1/tese%2520final.pdf>
- Raubenheimer, J. (2004). An item selection procedure to maximise scale reliability and validity. *SA Journal of Industrial Psychology*, 30(4). Doi: 10.4102/sajip.v30i4.168
- Revilla, M., Saris, W. E., & Krosnick, J. (2013). Choosing the Number of Categories in Agree-Disagree Scales. *Sociological Methods & Research*, 43(1), 73–97. doi: 10.1177/0049124113509605

- Richard, P. & Tabatha, M. (2010). Fostering therapeutic nurse-patient relationships. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 8(3),4. doi: 10.1097/01.NME.0000371036.87494.11
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2),95–103. doi: 10.1037/h0045357
- Roldán-Merino, J., Roca-Capara, N., Miguel-Ruiz, D., & Rodrigo-Pedrosa, O. (2019). Development and psychometric properties of the assessment questionnaire for the process of the tutorial action plan. *Nurse Education Today*, 76, 109-117. doi: 10.1016/j.nedt.2019.02.002
- Romeu-Labayen, M., Cuadra, M.A., Galbany-Estragues, P., Corbal, S., Palou, R.M., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12720
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2096–2105. doi: 10.1111/jocn.1280
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 147-156. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.007
- Streiner, D. L., & Norman, G. (2003). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Streiner, D., Norman, G., Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*, 5th ed. Oxford University Press, New York
- Strong, S.R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 216-224.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5th ed. Pearson Education/Allyn & Bacon, Boston, MA
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209–220. doi.org/10.1037/a0023353

Watson, J.C., & Geller, S.M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33. doi: 10.1080/10503300512331327010

Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S. & Loades, M. (2019). The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi: 10.1111/papt.12232

Zou, G. Y. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Statistics in Medicine*, 31(29), 3972–3981. doi.org/10.1002/sim.5466

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. doi: 10.3109/01612840.2014.969795

Zwick, W., & Velicer, W. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99(3), 432–442. doi.org/10.1037/0033-2909.99.3.432

APPENDIX I

Distribution of the TRAS-Nurse items in the four factors						
			1	2	3	4
Item 2	Apresento-me à/ao utente.	I introduce myself to the patient.				
Item 3	Pergunto à/ao utente como prefere ser tratada/o.	I ask the patient how he prefers to be treated.				
Item 4	Esclareço a/o utente sobre o seu papel e o da/o enfermeira/o na relação.	I clarify the patient about his / her role and that of the nurse in the relationship.				
Item 5	Encorajo a/o utente a falar abertamente.	I encourage the patient to speak openly.				
Item 6	Ajo de forma a alcançar a confiança da/o utente.	I act in order to achieve the patient's trust.				
Item 20	Aplico os princípios éticos e deontológicos inerentes a uma RT.	I apply the ethical and deontological principles inherent to a therapeutic relationship.				
Item 7	Compreendo e aceito a/o utente, independentemente das suas verbalizações.	I understand and accept the patient, regardless of his/her verbalizations.				
Item 8	Apoio a/o utente, de igual forma, independentemente das suas verbalizações atuais e/ou passadas	I support the patient equally, regardless of his/her current and/or past verbalizations.				
Item 9	Compreendo e aceito a/o utente, independentemente dos seus comportamentos.	I understand and accept the patient, regardless of his/her behavior.				
Item 10	Apoio a/o utente, de igual forma, independentemente dos seus comportamentos atuais e/ou passados.	I support the patient in the same way, regardless of his/her current and/or past behaviors.				
Item 17	Consigo compreender os sentimentos da/o utente.	I can understand the patient's feelings.				
Item 11	Evito a interferência dos meus problemas na relação com a/o utente.	I do not let my problems to interfere in the relationship with the patient.				
Item 12	Aceito os sentimentos que experiencio na relação com a/o utente.	I accept the feelings I experience in the relationship with the patient.				
Item 13	Reconheço os meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.	I recognize my thoughts, feelings, and behaviors.				
Item 14	Reflito sobre o potencial impacto dos meus pensamentos, sentimentos e comportamentos na relação com a/o utente.	I reflect on the potential impact of my thoughts, feelings, and behaviors on the relationship with the patient.				
Item 15	Reflito e identifico as minhas competências relacionais.	I reflect and identify my relational skills.				
Item 16	Reflito e identifico as minhas limitações relacionais.	I reflect and identify my relational limitations.				
Item 19	Garanto a identificação, junto da/o utente, das suas necessidades, expectativas e potencialidades.	I guarantee the identification, along with the patient, of his/her needs, expectations, and potential.				

Item 25	Ajudo a/o utente na identificação do seu problema.	I help the patient to identify his/her problem.				
Item 26	Ajudo a/o utente na identificação de estratégias para lidar com / resolver o problema.	I help the patient to identify strategies to deal with/solve the problem.				
Item 27	Ajudo a/o utente a identificar os fatores que estão na base da sua incapacidade para resolver o problema.	I help the patient to identify the factors that are at the base of his/her inability to solve the problem.				
Item 28	Negoceio os objetivos a atingir com a/o utente.	I negotiate the goals to be reached with the patient.				
Item 30	Negoceio com a/o utente os contornos da intervenção.	I negotiate the contours of the intervention with the patient.				
Item 31	Dedico ao utente o tempo que ela/e necessita.	I dedicate to the patient the time he/she needs.				
Item 32	Dedico ao utente a atenção que ela/e necessita.	I dedicate to the patient the attention he/she needs.				

Publicação 5

Relação de Ajuda – Manual de operacionalização da intervenção de Enfermagem

RELAÇÃO DE AJUDA



Manual de Operacionalização da Intervenção de Enfermagem

AUTORES

Joana Coelho | Carlos Sequeira | Mar Lleixà Fortuño | Juan Roldán Merino



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI



FICHA TÉCNICA

TÍTULO: Relação de Ajuda: Manual de Operacionalização da Intervenção de Enfermagem

AUTORES:

JOANA COELHO

Enfermeira especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Doutoranda em “Enfermería y Salud” na Universitat Rovira i Virgili; Investigadora Colaboradora no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, grupo NursID; Enfermeira no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Rua Conceição Fernandes, 4434-502 Vila Nova de Gaia, Portugal. E-mail: joana.ferreira.coelho@chvng.min-saude.pt

CARLOS SEQUEIRA

Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mestre em Saúde Pública; Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador Principal no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, grupo NursID; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal. E-mail: carlossequeira@esenf.pt

MAR LLEIXÀ FORTUÑO

Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Métodos de Investigação em Saúde; Doutora em Tecnologia Educativa; Diretora da Saúde de Terres de l'Ebre; Professora Titular na Universitat Rovira i Virgili, 43003 Tarragona, Espanha. E-mail: mlleixaf.ebre.ics@gencat.cat

JUAN ROLDÁN MERINO

Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mestre em Ciências de Enfermagem; Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador no Grupo de Estudos em Invariância de Instrumentos de Medição e Análise de Mudança no Meio Social e da Saúde; Professor Titular no Campus Docent Sant Joan de Déu, 08034 Barcelona, Espanha. E-mail: jroldan@santjoandedeu.edu.es

REMSOR

FRANCISCO SAMPAIO

Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador Doutorado Integrado no CINESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, grupo NursID; Investigador de Pós-Doutoramento na Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; Professor Adjunto na Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, 4249-004 Porto, Portugal. E-mail: fsampaio@ufp.edu.pt

CAPA: Joana Catarina Ferreira Coelho

FOTO DA CAPA © Fotografia de Joana Catarina Ferreira Coelho, Portugal – Junho 2019

EDIÇÃO: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 1ª edição, Porto, 2020.

ISBN 978-989-54826-1-0

Julho, 2020



O único homem que se educa é aquele que aprendeu como aprender, que aprendeu como se adaptar e mudar, que se capacitou de que nenhum conhecimento é seguro, que nenhum processo de buscar conhecimento oferece uma base de segurança.

Carl Rogers

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	6
PARTE I – RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL	
1.1 Conceito de Relação de Ajuda Profissional	8
1.2 Objetivo da Relação de Ajuda Profissional	9
1.3 Atitudes / Competências do Enfermeiro	10
1.4 Requisitos para prescrever a Relação de Ajuda Profissional	11
1.5 Indicações terapêuticas: diagnósticos de Enfermagem	12
PARTE II – PLANEAMENTO DA RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL	
2.1 Estrutura da Intervenção	14
2.2 Duração das sessões	14
2.3 <i>Setting</i>	14
2.4 Planeamento das sessões	15
2.4.1 Sessão 0	15
2.4.2 Sessão 1	18
2.4.3 Sessões Intermédias	21
2.4.4 Sessão final	25
2.4.5 <i>Follow-up</i>	27
CONCLUSÃO	28
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUÇÃO

Este manual surge com a finalidade de servir como suporte a todos os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) que nos seus contextos de prática pretendam executar a intervenção de Enfermagem Relação de Ajuda Profissional (RAP). Visa ser um instrumento de trabalho acessível a todos os enfermeiros especialistas em ESMP, promovendo assim a criação de procedimentos claros para a implementação de intervenções autónomas e psicoterapêuticas de Enfermagem. Este manual esclarece os objetivos da RAP, a que necessidades/problemas da pessoa pode dar resposta – diagnósticos de Enfermagem-, como deve ser planeada e quais os principais procedimentos que a concretizam, desde o número de sessões, à sua duração, principais conteúdos, etc.

A estruturação e sistematização com base em conhecimento científico das intervenções autónomas de Enfermagem são cruciais para uma prática baseada em evidência.

O conteúdo deste manual resulta de uma *scoping review* e de um estudo *e-Delphi* modificado, realizados previamente, no contexto do Doutoramento em “Enfermería y Salud” na Universitat Rovira i Virgili, Barcelona, Espanha.

O manual encontra-se dividido em, essencialmente, duas partes: a primeira parte mais centrada na clarificação de conceitos e aspetos teóricos relacionados com a Relação de Ajuda Profissional e a segunda parte, mais direcionada para o seu planeamento e procedimento para a sua execução.



PARTE I

RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

1.1 CONCEITO DE RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

No contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) a relação é crucial no processo de cuidar (Chalifour, 2008). Assim importa em primeiro lugar clarificar o conceito de relação.

A relação pode apenas dizer respeito à interação entre duas ou mais pessoas o que se insere no domínio social. Já no contexto clínico, a relação (terapêutica) diz respeito à interação entre o profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro e o utente, e exige um conjunto de conhecimentos e habilidades por parte do profissional de saúde (Pullen & Mathias, 2010). A relação terapêutica subjaz a qualquer intervenção de Enfermagem no caso da RAP, esta também não é exceção. Assim, a relação terapêutica estabelecida previamente é um critério fundamental para a implementação da RAP. Para avaliar a qualidade da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, na perspetiva do enfermeiro, foi desenvolvido o instrumento *Therapeutic Relationship Assessment Scale - Nurse* (TRAS-Nurse) por Coelho, Sampaio, Nogueira, Sequeira, Lleixà Fortuño e Roldán Merino (2020).

No modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluç Canut (2017), fica também claro que para a implementação de qualquer intervenção psicoterapêutica obriga a um estabelecimento prévio de uma relação terapêutica.

Já a relação de ajuda profissional (RAP) assume-se como uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem pois requer contactos previamente agendados, detém uma estrutura, conteúdos e procedimentos específicos (Simões, Fonseca e Belo, 2006). Trata-se de uma intervenção executada pelo enfermeiro especialista em ESMP que visa a capacitação da pessoa para que, de forma autónoma, consiga gerir / resolver um problema / necessidade. A RAP trata-se de uma intervenção particularmente significativa dado que a pessoa que

ajuda (enfermeiro) está disponível para ajudar o outro (utente) a enfrentar a sua situação de eventual sofrimento (Phaneuf, 2005). A RAP assenta numa abordagem não diretiva, centrada na pessoa, de modo a criar um ambiente propício ao crescimento no qual o utente possa ser autêntico, compreendido e aceite. A RAP promove na pessoa a sua capacidade de resolução de uma necessidade, facilitando o seu processo de adaptação e a adoção de novos comportamentos. Para além disso, esta carece de um contexto próprio para o seu desenvolvimento, é sequencial e implementada por um profissional que detém conhecimentos específicos (Sequeira, Sampaio & Roldán Merino in Sequeira, 2016).

Por todos os aspetos referidos previamente, a RAP pode ser considerada uma intervenção psicoterapêutica, pois vai ao encontro da definição deste conceito - aplicação informada e intencional de técnicas oriundas da psicoterapia com a finalidade de auxiliar a pessoa na adaptação dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais (Narcross in Zeig & Munion, 1990),

Neste manual pretende-se clarificar a RAP enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem em função do modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2017).

1.2 OBJETIVO DA RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

O objetivo *major* desta intervenção passa por enfatizar, melhorar e capacitar a pessoa, através de uma abordagem não diretiva e centrada na pessoa, para que em função dos seus recursos esta seja capaz de gerir de forma saudável uma necessidade/problema (Phaneuf, 2005).

O objetivo principal da relação de ajuda profissional é capacitar a pessoa para a resolução do seu problema.

1.3 Atitudes/Competências do Enfermeiro

Para a execução da RAP como intervenção psicoterapêutica de Enfermagem o enfermeiro deve reunir um conjunto de competências e atitudes fundamentais: **domínio da comunicação verbal e não-verbal, respeito, compreensão, empatia, e a capacidade de não julgar o outro, exigindo assim uma grande capacidade de aceitação da pessoa e do seu problema.**

A função do enfermeiro passa por compreender a forma como a pessoa se vê e sente o seu problema, por forma a ajudá-la a promover a evolução e o crescimento que vai contribuir para uma melhor adaptação e resolução do mesmo. Para Nunes (1999), a compreensão empática é fundamental para a compreensão do problema e para que a pessoa que é ajudada se sinta compreendida, cuidada e respeitada. A capacidade de respeitar é também uma atitude importante na RAP. Este respeito manifesta-se pela crença de que a pessoa é um ser único e capaz de escolher e decidir o que é melhor para si mesma. É também demonstrar à pessoa consideração por ela, sem fazer juízos, dando-lhe liberdade para se expressar (Lazure, 1994). A capacidade de não julgar o outro implica a ausência de juízos de valor, de avaliações, de críticas, sendo possível levar a pessoa a fazer essa avaliação e reflexão por si mesma (Phaneuf, 2005). Na RAP a empatia é uma das mais importantes atitudes a desenvolver pelo enfermeiro e define-se como *“a capacidade em reconhecer, até certo ponto compartilhar, as emoções e os estados da mente de outra pessoa e compreender o significado e a importância do comportamento dessa pessoa”* (Taylor, 1992, p. 43). Isto implica que o enfermeiro tenha a capacidade de se afastar de si mesmo, imergindo no quadro de referências da pessoa, colocando-se no lugar dela e na forma como ela vê o problema (Lazure, 1994). A aceitação implica que o enfermeiro seja capaz de se libertar de todas as avaliações e juízos de valor (Rogers, 1959). Indo mais longe, a aceitação deve ser incondicional, tratando-se de um sentimento de abertura e disponibilidade ao problema do outro e ao seu sofrimento (Lazure, 1994).

1.4 Requisitos para prescrever a Relação de Ajuda Profissional

Para que a RAP possa ser implementada devem ser reunidos os seguintes requisitos:

- A **pessoa** tem forçosamente uma **participação ativa** , aceita ser cuidada, identifica o seu problema.
- Esta intervenção tem como **alvo apenas uma pessoa** , sendo um ser humano único e irrepetível, sendo que é a particularidade da pessoa que deve ditar a adaptação da intervenção.
- É critério de **exclusão** a presença de **défice cognitivo, estado confusional, agitação psicomotora, sintomas positivos exacerbados, idade inferior a 18 anos, agressividade/hostilidade latente** .

A avaliação cognitiva deve ser realizada com recurso ao Resultado NDC “Cognição” (0900), traduzido e validado para a população portuguesa por Coelho, Ribeiro, Sampaio, Sequeira, Fortuño e Merino (2019). Trata-se de um instrumento que deriva de uma Classificação de Enfermagem e que permite avaliar a cognição da pessoa nos seus diferentes domínios. De acordo com este instrumento é considerado défice cognitivo:

- 1 a 11 anos de escolaridade: pontuação total inferior a 40.
- Mais de 11 anos de escolaridade: pontuação total inferior a 57.

Por não existirem pontos de corte para pessoas sem escolaridade, recomenda-se, nesta situação, o *Mni Mental State Examination*

1.5 Indicações Terapêuticas: diagnósticos de enfermagem

Phaneuf (1995) refere que a RAP pode ser aplicada por um enfermeiro no decurso de encontros estruturados, baseada em objetivos de libertação de emoções, diminuição da ansiedade e aceitação de um problema.

Tendo por base conhecimento de Enfermagem, as necessidades e/ou problemas das pessoas devem ser traduzidas em linguagem classificada. Assim, de acordo com a ICNP[®] versão 2017 será apresentada uma listagem de focos de atenção que podem originar diagnósticos de Enfermagem passíveis da prescrição da RAP. Os focos apresentados têm como foco pai a *volição*, o *coping*, a crença sobre si próprio, mas a grande maioria deriva do foco *emoção*, sendo esta a base para a prescrição da intervenção da RAP (Coelho, Sampaio, Sequeira, Fortuño e Merino, 2020) (ver tabela 1).

Focos	
Autoestima	Luto
Ansiedade	Angústia
Autoimagem	Sofrimento
Crise	Esperança
Coping	Humor Depressivo
Burnout	Autocontrolo
Aceitação	Solidão
Emoção	

Tabela 1: Focos de atenção para a prática de Enfermagem que podem originar diagnósticos passíveis da prescrição de Relação de Ajuda Profissional



PARTE II

PLANEAMENTO DA RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

PLANEAMENTO DA RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

Na segunda parte deste manual é explicado o procedimento exato a cumprir na execução da RAP. Tendo já sido apresentado o objetivo desta intervenção, a que diagnósticos de Enfermagem pode dar resposta e os critérios de inclusão/requisitos e de exclusão. Assim importa clarificar:

21 Estrutura da Intervenção

A estrutura da RAP tem na sua base o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaió, Sequeira e Lluch Canut (2017). Assim a RAP deve ser desenvolvida num **mínimo de 3 sessões** e num **máximo de 12 sessões**.

22 Duração das Sessões

Tal como a estrutura apresentada previamente, também a duração das sessões segue o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaió, Sequeira e Lluch Canut (2017). Desta forma, as sessões devem ter uma duração de **45 a 60 minutos**.

23 *Setting*

Sendo a RAP uma intervenção de Enfermagem, esta deve ocorrer num local específico, sem ruído, confortável para a pessoa e para o enfermeiro, que permita manter a privacidade, evitando interrupções. Esta intervenção deve idealmente ser realizada em gabinete, seja num contexto de internamento ou consulta/ambulatório.

2.4 Planeamento das Sessões

Seguidamente será apresentado o planeamento base para cada uma das sessões da RAP. É importante realçar que cada pessoa é um ser único, com características e necessidades particulares, e que por essa razão, a intervenção deve sempre ir ao encontro da pessoa. Este manual pretende uniformizar a forma de atuação aquando da implementação da RAP, no entanto, a pessoa deve sempre ser vista e trabalhada como um ser ímpar.

2.4.1 Sessão 0

A sessão 0 é considerada como o momento onde existe o primeiro contacto com a pessoa, em que o grande objetivo é estabelecer ligação com a pessoa, por forma a realizar uma colheita de dados que permita compreender quais as suas necessidades. A tabela seguinte apresenta os principais aspetos relacionados com a sessão 0 (tabela 2).

LOCAL:	Gabinete de Enfermagem (por exemplo)
DATA E HORA:	
DURAÇÃO:	Entre 45 a 60 minutos
ALVO:	(identificação da pessoa)
ENFERMEIRO:	(identificação do enfermeiro)
OBJETIVOS:	Estabelecer primeiro contacto com a pessoa; Realizar colheita de dados;
RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS):	Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP; Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO 0				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	<p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Apresentação dos intervenientes;</p> <p>Explicação do objetivo da sessão;</p> <p>Obtenção do consentimento para recolha de dados.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Participativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p>	5 minutos
Desenvolvimento	<p>Estabelecer contacto/ligação com a pessoa;</p> <p>Questionar sobre o que despoleta a procura de ajuda;</p> <p>Questionar sobre a motivação e interesse da pessoa em identificar e resolver o seu problema;</p> <p>Clarificar as expectativas recíprocas face à dificuldade que foi identificada;</p> <p>Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da pessoa;</p> <p>Negociar contrato terapêutico com o cliente *</p>	<p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p> <p>Caneta;</p> <p>Folhas;</p>	35 minutos

	Propor uma estratégia de intervenção adaptada à pessoa e ao seu problema, clarificando as responsabilidades e tarefas de cada um Informar sobre a intervenção; Avaliar a capacidade da pessoa para participar na intervenção.			
Conclusão	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras;	5 minutos

Tabela 2: Procedimento da Sessão Zero

* O contrato terapêutico pode ser feito por escrito, sendo assinado pelos dois intervenientes. Este procedimento promove o envolvimento e responsabilização da pessoa perante a proposta de intervenção da RAP.

2.4.2 Sessão 1

Na sessão 1 importa detalhar e reunir o máximo de dados relativos ao diagnóstico de Enfermagem, expondo já à pessoa a proposta da RAP, esclarecendo em que consiste e como é implementada, de uma forma mais concreta. (tabela 3).

LOCAL:	Gabinete de Enfermagem (por exemplo)
DATA E HORA:	
DURAÇÃO:	Entre 45 a 60 minutos
ALVO:	(identificação da pessoa)
ENFERMEIRO:	(identificação do enfermeiro)
OBJETIVOS:	Clarificar diagnóstico de Enfermagem; Esclarecer sobre a RAP;
RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS):	Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP; Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO 1				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	<p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Resumo da sessão anterior;</p> <p>Explicação do objetivo da sessão;</p>	<p>Expositivo</p> <p>Participativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p>	5 minutos
Desenvolvimento	<p>Explicar em que consiste a RAP, qual a duração e o número de sessões previstas.</p> <p>Clarificar os papéis dos intervenientes;</p> <p>Clarificar e caracterizar o diagnóstico de Enfermagem ao qual a RAP pode dar resposta – podem ser utilizados instrumentos de avaliação ** ;</p> <p>Analisar com a pessoa os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e/ou as situações que o desencadeiam</p> <p>Clarificar as implicações do diagnóstico de Enfermagem</p>	<p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p> <p>Caneta;</p> <p>Folhas;</p>	35 minutos

	Definir objetivos e avaliar as expectativas da pessoa quanto à intervenção; Orientar sobre a importância da participação ativa da pessoa no processo de mudança; Favorecer a criação de um clima de confiança – através de uma postura de aceitação e de não julgamento;			
Conclusão	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras;	5 minutos

Tabela 3. Procedimento da Sessão 1

****** Caso sejam utilizados instrumentos de avaliação que permitem uma maior clarificação do diagnóstico de Enfermagem, estes mesmos instrumentos devem ser novamente utilizados na última sessão da intervenção.

2.4.3 Sessões Intermédias

O número de sessões varia sempre em função da pessoa, do seu problema e das suas características, pelo que, não existe um número fixo para as sessões intermédias, assim como, e ao contrário das sessões anteriores, não existe um procedimento padrão que tenha de ser exigentemente cumprido. Na tabela seguinte (tabela 4) são apresentados diferentes passos que podem ser cumpridos nas mais diversas situações, ou seja, em pessoas com diferentes diagnósticos de Enfermagem

LOCAL:	Gabinete de Enfermagem (por exemplo)
DATA E HORA:	
DURAÇÃO:	Entre 45 a 60 minutos
ALVO:	(identificação da pessoa)
ENFERMEIRO:	(identificação do enfermeiro)
OBJETIVOS:	Capacitar a pessoas para a resolução do seu problema - diagnóstico de Enfermagem
RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS):	Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP, Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas

DESENVOLVIMENTO DAS SESSÕES INTERMÉDIAS				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	<p>Cumprimentos iniciais;</p> <p>Resumo da sessão anterior;</p> <p>Explicação do objetivo da sessão;</p>	<p>Expositivo</p> <p>Participativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p>	5 minutos
Desenvolvimento	<p>Avaliar as dificuldades de resolução de problemas e as suas causas.</p> <p>Analisar os meios utilizados pela pessoa para resolver o problema.</p> <p>Orientar na procura de estratégias de resolução do problema.</p> <p>Discutir as vantagens e desvantagens das estratégias delineadas. ***</p> <p>Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas.</p> <p>Auxiliar a pessoa a priorizar todas as alternativas possíveis para dar resposta ao problema.</p> <p>Ajudar a pessoa a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos.</p>	<p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p> <p>Caneta;</p> <p>Folhas;</p>	35 minutos

	<p>Selecionar uma pessoa significativa que a possa ajudar na implementação das novas estratégias. ****</p> <p>Incentivar o treino das estratégias delineadas.</p> <p>Permitir que a pessoa verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças.</p> <p>Executar escuta ativa. ****</p> <p>Oferecer suporte emocional.</p> <p>Promover a autoaceitação da pessoa mediante análise dos progressos alcançados.</p>			
Conclusão	<p>Preparar a pessoa para o final da intervenção.</p> <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Agendamento da próxima sessão.</p>	<p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p>	<p>Gabinete;</p> <p>Mesa e Cadeiras;</p>	<p>5 minutos</p>

Tabela 4: Procedimento das Sessões Intermédias

******* Por forma a concretizar esta análise das vantagens e desvantagens, pode ser utilizada

uma tabela com as seguintes colunas:

Problema	Impacto/Significado do Problema	Estratégia de Resolução	Vantagem da Estratégia	Desvantagem da Estratégia	Se teve ou não sucesso	Se não teve, porque?
----------	---------------------------------	-------------------------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------

******** A pessoa significativa deve sempre ser identificada pela pessoa. Pode ser ou não familiar. Este elemento é essencial para o sucesso da intervenção, pois dá suporte à pessoa face à sua alteração de comportamento, ao treino das estratégias e, por outro lado, valida se de facto é feito o treino das mesmas e qual o resultado, sendo por isso, uma fonte de informação importante para o enfermeiro que executa a RAP.

******** A escuta ativa é por si só uma intervenção de Enfermagem presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NC) (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2018) e que deve ter as seguintes atividades que a concretizam

- Estabelecer o propósito da interação;
- Manifestar interesse pela pessoa;
- Encorajar a expressão de sentimentos;
- Focalizar-se completamente na interação, suprimindo preconceitos, influências, suposições, tendências, preocupações pessoais e distrações;
- Valorizar as emoções;
- Dar atenção, e conhecer as suas próprias mensagens não-verbais (por exemplo: postura corporal);

- Estar atento não só, às mensagens e sentimentos não expressos, como ao conteúdo da comunicação;
- Saber quais as palavras evitadas, bem como as mensagens não-verbais que acompanham as expressões verbais;
- Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz;
- Identificar os temas predominantes no discurso;
- Responder por forma a refletir compreensão e receção da mensagem no decurso da interação;
- Clarificar as mensagens através da colocação de questões e feedback na comunicação;
- Verificar a compreensão da mensagem;
- Evitar barreiras à escuta ativa (por exemplo: minimização de sentimentos, interrupções na comunicação, falar sobre si, encerramento prematuro);
- Usar o silêncio para permitir a expressão de emoções.

2.4.4 Sessão Final

Na sessão final deve ser realizado um balanço de todas as sessões. (tabela 5)

LOCAL:	Gabinete de Enfermagem (por exemplo)
DATA E HORA:	
DURAÇÃO:	Entre 45 a 60 minutos
ALVO:	(identificação da pessoa)
ENFERMEIRO:	(identificação do enfermeiro)
OBJETIVOS:	Reavaliar a pessoa e o seu problema – diagnóstico de Enfermagem
RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS):	Recursos Humanos: - 1 Enfermeiro(a) especialista em ESMP, Recursos Materiais: - Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Caneta e folhas.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO FINAL				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão;	Expositivo Participativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras;	5 minutos
Desenvolvimento	Pedir à pessoa para fazer uma síntese do percurso percorrido. Rever com a pessoa o processo de mudança. Pedir à pessoa uma avaliação da RAP que se concluiu. No caso de terem sido utilizados instrumentos de avaliação que permitiram a clarificação do diagnóstico de Enfermagem, volta a aplica-los.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras; Caneta; Folhas;	35 minutos
Conclusão	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Orientar para o follow-up.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras;	5 minutos

Tabela 5: Procedimento das Sessão Final

2.4.5 *Follow-up*

A sessão de follow-up deverá ser realizada entre duas a cinco semanas após a realização da sessão final da intervenção. Nessa sessão devem ser realizadas as seguintes tarefas:

- Realizar uma avaliação da pessoa, centrada no problema que conduziu à realização da RAP,
- Esclarecer dúvidas;
- Devem ser revistas as estratégias adotadas que permitiram a resolução do problema identificado;
- Caso seja necessário, deve ser agendada nova consulta de Enfermagem

CONCLUSÃO

A forma como a relação de ajuda profissional é sistematizada neste manual tem a vantagem de assentar em linguagem classificada, dando resposta a diagnósticos de Enfermagem, implicando um planeamento antes da sua execução e facilitando aos profissionais a sua implementação. Para além disso, o desenho da relação de ajuda profissional foi elaborado em função de um modelo desenvolvido exclusivamente com conhecimento de Enfermagem. Este manual é uma ferramenta de apoio a todos os enfermeiros especialistas em ESMP que pretendam desenvolver na sua prestação de cuidados a relação de ajuda profissional.

A relação de ajuda profissional assume-se como uma excelente intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que potencia a capacitação da pessoa. Importa agora que esta seja, de facto, aplicada em contexto da prática, para que seja possível uma melhor compreensão quanto à sua eficácia perante as necessidades das pessoas.

BIBLIOGRAFIA

- Bulechek, G.M, Butcher, H K, Dochterman, J. M, Wágner, C. M (2018). Nursing Interventions Classification (NC). Disponível em [https://books.google.pt/books?id=L4lIDwAAGBAJ&pg=PA475&dq=Bulechek,+G.M,+Butcher,+H+K,+Dochterman,+J.+M,+Wágner,+C.+M+\(2018\).+Nursing+Interventions+Classification+\(NC\).&hl=ptPT&sa=X&ved=2ahLKEwiYgeObmMPqAhWJ8uAK-b9tBS8Q6AEwAI-bECAQQA#v=onepage&q=Bulechek%2C%20G.M%2C%20Butcher%2C%20H%20K%2C%20Dochterman%2C%20J.%20M%2C%20Wágner%2C%20C.%20M%20\(2018\).%20Nursing%20Interventions%20Classification%20\(NC\).&f=false](https://books.google.pt/books?id=L4lIDwAAGBAJ&pg=PA475&dq=Bulechek,+G.M,+Butcher,+H+K,+Dochterman,+J.+M,+Wágner,+C.+M+(2018).+Nursing+Interventions+Classification+(NC).&hl=ptPT&sa=X&ved=2ahLKEwiYgeObmMPqAhWJ8uAK-b9tBS8Q6AEwAI-bECAQQA#v=onepage&q=Bulechek%2C%20G.M%2C%20Butcher%2C%20H%20K%2C%20Dochterman%2C%20J.%20M%2C%20Wágner%2C%20C.%20M%20(2018).%20Nursing%20Interventions%20Classification%20(NC).&f=false)
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.
- Coelho, J., Ribeiro, A, Sampaio, F., Sequeira, C, Lleixà Fortuño, M, & Roldán Merino, J. (2019). Cultural Adaptation and Psychometric Properties Assessment of the NDC Outcome "Cognition" in a Sample of Portuguese Adults With Mental Illness. *International Journal of Nursing Knowledge* doi: 10.1111/2047-3095.12268
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Relação de Ajuda. In C. Sequeira e F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 183-185), Lidel:Lisboa.
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C, Lleixà Fortuño, M, & Roldán Merino, J. (2020). The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-9. doi:10.1111/ppc.12536
- Coelho, Joana, Sampaio, Francisco, Teixeira, Sónia, Parola, Vítor, Sequeira, Carlos, Fortuño, Mar Lleixà, & Merino, Juan Roldán. (2020). The helping relationship as a nursing intervention:

A scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72. doi: 10.19131/rpesm0273

International Council of Nurses. (2017). ICNP® version 2017 – International Classification for Nursing Practice. Geneva: International Council of Nurses.

Lazure, H (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Nbrocross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K Zeig, & W M Munion (Eds), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro. Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.

Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Ouidar.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Pullen, R, & Mathias, T. (2010). Fostering therapeutic nurse-patient relationships. *Nursing Made Incredibly Easy*, 8(3), 4. doi: 10.1097/01.NME.0000371036.87494.11.

Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships. In S. Koch (Ed), *Psychology: A study of a science* (pp. 184-256). New York, NY: McGraw-Hill.

Sampaio, F., Sequeira, C. (2016). Enquadramento Conceptual. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp.272-275), Lidel:Lisboa.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 147-156. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.007

Sampaio, F., Sequeira, C., Falcó-Peguerdes, A. (2016). Fases da relação de ajuda profissional. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp.288-294), Lidel:Lisboa.

Sampaio, F., Sequeira, C., Ruiz, DM. (2016). Componentes da Relação de Ajuda Profissional. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp.276-288), Lidel:Lisboa.

Sequeira, C., Sampaio, F., Merino, J.M. (2016). A relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 320-327), Lidel:Lisboa.

Simões, J., Fonseca, M e Belo, AP. (2006). Helping Relationship: horizons of existence. *Referência*, 2(3), 45-54.

Taylor, M (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O trabalho de investigação inerente a esta tese de doutoramento permitiu o desenvolvimento e avaliação da validade de conteúdo da relação de ajuda profissional enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem. Por outro lado, este trabalho possibilitou também o desenvolvimento das diferentes ferramentas necessárias para avançar para a avaliação da eficácia desta intervenção em contexto clínico.

O artigo 1 permitiu resumir o conhecimento existente na literatura relativo à relação de ajuda enquanto intervenção de Enfermagem. Em primeiro lugar possibilitou compreender que o enfermeiro especialista em ESMP que implementa esta intervenção deve reunir competências no domínio da comunicação, seja ela verbal ou não verbal, manifestar respeito, empatia, compreensão, aceitação e ausência de julgamento do outro, pois só assim é possível a total aceitação da pessoa, do seu problema e da forma como a pessoa o interpreta e experiencia. Esta revisão permitiu reunir um conjunto de informação relativa ao objetivo da RAP e em que situações pode ser útil, nomeadamente na libertação de emoções, diminuição da ansiedade e aceitação de um problema. Foram também encontrados dados relativos aos conteúdos desta intervenção e de atividades/procedimentos que devem ser realizados ao longo da execução da RAP. Os principais achados desta revisão foram fulcrais para a sistematização da intervenção, pois é através do conhecimento científico da disciplina de Enfermagem que é possível sustentar as intervenções de Enfermagem, tornando-as ferramentas de trabalho para todos os enfermeiros da prática clínica.

Com toda a informação resultante da revisão concretizada previamente (artigo 1), foi possível organizar os principais conteúdos e procedimentos da RAP, concretizar as situações em que a RAP pode ser útil em diagnósticos de Enfermagem, no sentido de sistematizar, organizar e sustentar esta intervenção com conhecimento da disciplina de Enfermagem. Posto isto, foi então avaliada a validade de conteúdo da RAP, e surgiu o artigo 2. Este estudo permitiu consensualizar vários aspetos inerentes à intervenção de Enfermagem (RAP), nomeadamente: o seu objetivo, características e comportamentos fundamentais que o enfermeiro deve reunir para executar esta intervenção, os focos de atenção para a prática de Enfermagem que podem originar diagnósticos de

Enfermagem passíveis de prescrição desta intervenção, e os conteúdos e atividades que concretizam cada uma das sessões. Importa salientar que a estrutura da RAP, ou seja, o facto de se concretizar em sessões, o número e a duração das mesmas, não foi submetido ao grupo de peritos, já que estes aspetos eram já definidos pelo modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2017).

No que diz respeito às ferramentas desenvolvidas posteriormente para serem utilizadas aquando da avaliação da eficácia da RAP em contexto clínico, e por forma a dar resposta ao objetivo geral (B) desta investigação, foram desenvolvidos mais três trabalhos.

Assim, o artigo 3 permitiu adaptar culturalmente a avaliar as propriedades psicométricas do resultado NOC “Cognição” (0900) numa amostra de pessoas adultas com doença mental. Uma vez mais, foram seguidas as diretrizes do modelo de intervenção psicoterapêutica de Enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2017) que preconiza, para a avaliação do utente, a utilização dos resultados constantes na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2016). Como tal, a avaliação das propriedades psicométricas destes resultados é fundamental. Os resultados encontrados sustentam a fiabilidade e validade do instrumento. Assim, foram encontrados resultados muito positivos na validade concorrente entre o resultado NOC “Cognição” (0900) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE), bem como na concordância entre observadores, assumindo-se o instrumento como sendo constituído por apenas uma dimensão. A consistência interna do instrumento, traduzida pelo alpha de Cronbach (0,979), é superior ao valor mínimo recomendado (.70) por Nunally e Bernstein (1994).

Uma vez que, e tal como já referido anteriormente, a relação terapêutica é fulcral para a implementação de qualquer intervenção psicoterapêutica. Não foi encontrado na literatura nenhum instrumento que permitisse a avaliação da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, na ótica do enfermeiro. Assim, e uma vez mais, com a perspetiva de que todos os instrumentos utilizados derivassem de conhecimento de Enfermagem, foi desenvolvida a *Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse* (TRAS-

Nurse), refletido no estudo apresentado no artigo 4. A avaliação das propriedades psicométricas consubstanciou a validade deste instrumento para uso na prática clínica de Enfermagem, e por outro lado, poderá facilitar não só a avaliação da qualidade da relação terapêutica, mas também a identificação e reflexão acerca dos aspetos menos positivos e que merecem ser trabalhos para que a qualidade da relação terapêutica possa ser melhorada.

Por forma a reunir todo o conhecimento gerado até ao momento, e para que este estivesse ao alcance de todos os enfermeiros especialistas em ESMP, de forma simples, clara, objetiva e sistematizada, foi criado o manual de operacionalização da relação de ajuda profissional. Esta é uma ferramenta que parece ser importante para o planeamento e implementação da RAP no contexto clínico, e que poderá ser útil no futuro para permitir a avaliação da eficácia da RAP no contexto da prática clínica.

Apesar da relevância de todas as conclusões apresentadas relativas a cada estudo de forma individual, é importante compreender que a ênfase deve estar colocada na combinação das conclusões de todos os estudos realizados, pois só assim é possível reforçar a importância da intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, tornando-a útil e perfeitamente praticável na prestação de cuidados de Enfermagem. Portanto, a totalidade dos estudos realizados é, certamente, mais substancial do que cada estudo individual.

A investigação deve sempre produzir recomendações baseadas em evidências para a prática clínica e também, por exemplo, para a educação. Nos estudos desenvolvidos neste trabalho as recomendações permitiram dar conteúdo, estrutura e sistematização a uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem. Possibilitaram o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da relação terapêutica e a avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento que permite a avaliação da cognição tendo por base uma classificação Enfermagem. Todos os estudos desenvolvidos não foram apenas centrados nos achados encontrados na literatura, mas contaram também com a opinião de enfermeiros especialistas em ESMP, quer da área clínica, quer da área educacional da Enfermagem. Foi esta combinação de conhecimento que culminou nesta tese de doutoramento, que poderá ter significado para os enfermeiros especialistas em

ESMP da prática, pois foram encontrados novos achados de conhecimento relativo à intervenção psicoterapêutica em Enfermagem.

Os principais resultados de todo este processo de investigação parecem ser relevantes para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pois permitiram dar estrutura e conteúdos a uma intervenção psicoterapêutica, ficando apenas em falta a avaliação da sua eficácia em contexto clínico. Ainda assim, foram também desenvolvidos todos os materiais necessários e importantes para concretizar essa avaliação. Este trabalho enfatiza também uma prática baseada na evidência, salientando especialmente a intervenção autónoma de Enfermagem. Por outro lado, tem também implicação na investigação em Enfermagem, devido, não só à necessidade de avaliar a eficácia da RAP em contexto clínico, mas também a pertinência de outras intervenções, seguindo a linha do modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluç Canut em 2017. Por fim, esta investigação pode também ter implicações no campo da educação em Enfermagem, pois permite fornecer orientações aos futuros enfermeiros especialistas em ESMP sobre a intervenção psicoterapêutica, nomeadamente, a RAP, capacitando-os com conhecimento científico para uma prática psicoterapêutica mais rica em conhecimento de Enfermagem, promovendo assim a ampliação da autonomia do enfermeiro especialista em ESMP.

Apesar de toda a relevância deste processo de investigação, é importante ter prudência quanto à interpretação dos seus resultados, pois existem limitações em cada etapa desenvolvida. Todas as limitações estão descritas em cada um dos artigos e dizem respeito a cada um dos passos concretizados. Estas devem ser vistas numa perspetiva construtiva, e como recomendações e melhorias a ter em consideração para futuras investigações.

Numa perspetiva de linha de investigação futura, esta deve centrar-se na realização de um estudo clínico randomizado controlado, para avaliar a eficácia da RAP como intervenção psicoterapêutica de Enfermagem. Tal como já descrito anteriormente, neste trabalho foram considerados os pressupostos do Medical Research Council (2008) para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas. Com este trabalho de doutoramento, foi concluída a fase de

desenvolvimento, importa agora dar continuidade ao processo de investigação, avançando para o *feasibility study* / estudo-piloto, a avaliação e, por fim, a implementação.

Em conclusão, este trabalho parece ser importante para os enfermeiros especialistas em ESMP que moldam a sua prática por via da RAP, pois a sistematização da intervenção baseada num corpo de conhecimento de Enfermagem, prescrita e executada por um enfermeiro especialista em ESMP, é um grande passo para a autonomização da Enfermagem e também, para que esta intervenção seja relevante para capacitar as pessoas a encontrarem estratégias mais adequadas e eficazes para a resolução dos seus problemas.

DISSEMINAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Seminários / Cursos

I Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem de Saúde Mental

12 e 13 de Junho de 2017, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto

Intervenção de Enfermagem – Relação de Ajuda

Curso de Intervenções Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental

04, 10 e 11 de Maio de 2018, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de

Saúde de Viseu, Viseu

Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda

II Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental

17 de Outubro de 2018, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança

Estrutura da Relação de Ajuda como Intervenção Psicoterapêutica

III Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental

29 de Outubro de 2019, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de

Saúde de Portalegre, Portalegre

Relação de Ajuda

II Workshop del Programa de Doctorat en Infermeria i Salut de la URV

14 de Novembro de 2019, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Projecte Doctoral: Relació d'ajuda com a Intervenció d'infermeria

Psicoterapèutica

Curso de Formação: Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental

29 de Fevereiro de 2020, CESPUP – Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Vila

Nova de Famalicão

Relação de Ajuda

Comunicações Orais

NursID Week 19 – Semana de Investigação em Enfermagem

6 a 10 de maio de 2019, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto

Estudo e-Delphi modificado para avaliação da validade de conteúdo da Relação de Ajuda enquanto Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

X Congresso Internacional ASPESM 2019: Novos Desafios em Saúde Mental

30 e 31 de Outubro de 2019, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre

Adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do resultado NOC “Cognição” numa amostra portuguesa de pessoas adultas com doença mental

Pósteres

Primer Workshop URV PhD Programme in Nursing

26 de Abril de 2017, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Avaliação da Efetividade da Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem – Relação de Ajuda na Pessoa com Depressão

Capítulos de Livro

Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C – Relação de Ajuda. In Sequeira, C., Sampaio, F. – Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções. Lisboa, Lidel – Edições técnicas, Lda., 2020. ISBN 978-989-752-413-4. p. 183-185.

Menção Internacional

O trabalho de investigação relativo ao período de estágio, foi desenvolvido sob a orientação da Professora Doutora Maria José Nogueira da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa- Alto Tâmega. A investigação desenvolvida teve como objetivo o desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala que permita avaliar a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o utente, na perspetiva do enfermeiro. Em anexo encontra-se o documento comprovativo desta orientação. (ver anexo VI).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2017). *What is Psychotherapy?*. Retrieved from: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/psychotherapy.pdf>

Atkinson, N. L., & Gold, R. S. (2001). Online research to guide knowledge management planning. *Health Education Research*, 16, 747-763. doi: 10.1093/her/16.6.747

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Bulechek, G.M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Retrieved from: [Chalifour, J. \(2008\). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.](https://books.google.pt/books?id=L4IIDwAAQBAJ&pg=PA475&dq=Bulechek,+G.M.,+Butcher,+H.+K.,+Dochterman,+J.+M.,+Wagner,+C.+M.+<div data-bbox=)

Craig, P., Dieppe, P., Macyntire, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new medical research council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587-592. doi.org/10.1136/bmj.a1655

Frank, J. D. (2006). What is psychotherapy? In S. Bloch (ed.), *An Introduction to the psychotherapies* (pp. 59-78). New York, NY: Oxford University Press.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.)*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE) [Adaptation for the Portuguese population of the Mini Mental State Examination]. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10

Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nursing science quarterly*, 30(2), 160–167. doi.org/10.1177/0894318417693286

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.

Hoffman, L., Serlin, I. A., & Rubin, S. (2019). The History of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*, 235–246. doi:10.1002/9781119167198.ch13.

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: Ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 205-212. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 195-200. doi: 10.1016/S0020-7489(00)00044-4

Lei nº. 161/96. D.R. 1ª Série. Nº. 205/1996, p. 2959 – 2962.

Lei nº. 515/2018. D.R. 2ª Série. Nº. 151/2018, p. 21427 – 21430.

Marks I. (2002). Controlled trial of psychiatric nurse therapist in primary care. In M. Traynor, & A. M. Rafferty (Eds.), *Exemplary research for nursing and midwifery* (pp. 261-271). New York: Routledge.

Medical Research Council. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: New guidance*. London: Medical Research Council.

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) [Nursing Outcomes Classification (NOC)]*, (5th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Mass. M. (Eds). (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, (6th ed.). St. Louis: Missouri.

Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suarez-Perez, R. et al. (2017). Implementation of evidence on the nurse patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nursing*, 16(1), 1–7. doi: 10.1186/s12912-016-0197-8

Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig, & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). San Francisco: Jossey-Bass.

Nunally, C., & Bernstein, H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x

Richards, D. A., & Hallberg, I. R. (2015). *Complex interventions in health: An overview of research methods*. Oxfordshire: Routledge.

Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Sampaio, F. M. C., Sequeira, C., & Lluch, Canut T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería. In Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (ed.), X Simposium AENTDE "Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad" (pp. 718–721). Seville: AENTDE.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 147-156. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.007

Santos, C. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2, 18-23. Retrieved from http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Indice2_ficheiros/Santos.pdf.

Scanlon, A. (2006). Humanistic principles in relation to psychiatric nurse education: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 758–764. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.01031.x

Simões, J., Fonseca, M. e Belo, AP. (2006). Helping Relationship: horizons of existence. *Referência*, 2(3), 45-54.

Simões, R., e Rodrigues, M. (2010). Helping relationship in end-of-life patient's nursing care context. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 485-489. doi: 10.1590/S1414-81452010000300008

Scarpato, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflections on the use of delphi technique in research in nursing. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13, 242-251.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética para o Estudo - The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study



SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL (ASPESM)

(Diário da República II Série de 10 de Setembro de 2007)

DECLARAÇÃO

Parecer 041592017

Solicitação

Pedido de parecer à Comissão Científica da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM), responsável pela avaliação dos princípios éticos de projetos de investigação, pela Enfermeira Joana Catarina Ferreira Coelho referente a estudo da iniciativa dos autores (Joana Catarina Ferreira Coelho, Francisco Miguel Correia Sampaio, Carlos Alberto da Cruz Sequeira, María del Mar Lleixà Fortuño e Juan Roldán Merino), sediado na Universitat Rovira i Virgili e resultante do interesse dos investigadores na estruturação e avaliação da validade de conteúdo da relação de ajuda profissional enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem. O estudo intitula-se "The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study".

Documental

1. Requerimento do parecer;
2. Sinopse do estudo – contextualização, objetivos, tipo de estudo, participantes e especificação de critérios de inclusão e exclusão, método de amostragem, procedimento de acesso ao grupo de participantes e colheita de dados, local e período do estudo, e referências bibliográficas;
3. Instrumentos de colheita de dados:
 - a. Questionário de caracterização sociodemográfica;
 - b. Questões para fins de avaliação da validade da relação de ajuda enquanto intervenção psicoterapêutica de Enfermagem.
4. Consentimento livre e esclarecido.

Análise e Parecer

1. Consentimento informado incluído no documental enviado.
2. O formulário de consentimento evidencia os aspetos éticos: informação detalhada aos participantes, incluindo duração estimada do preenchimento do questionário; assegurado

Contactos para correspondência:

Carlos Sequeira, PhD

Escola Superior de Enfermagem do Porto - Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n - 4200-072 Porto

URL: www.aspesm.org; E-mail: dir.spesm@gmail.com; Tel.: (+351)922097145



SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL (ASPESM)

(Diário da República II Série de 10 de Setembro de 2007)

o direito ao anonimato e à confidencialidade da informação prestada; direito de abandonar o estudo. Contudo, não existe possibilidade de recurso a elementos externos aos investigadores, pelo que se sugere que seja dada a possibilidade de envio de queixa / reclamação para a Comissão Científica d' ASPESM, através do endereço: dir.spesm@gmail.com.

Considera-se que o estudo preenche os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes do estudo, pelo que se emite parecer favorável.

7 de novembro de 2017

P'la Comissão Científica d' ASPESM

Carlos Alberto da Cruz Sequeira
Professor Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto
Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
Coordenador do Grupo de Investigação "NurID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem" – CINTESIS
Editor-Chefe da Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Contactos para correspondência:

Carlos Sequeira, PhD

Escola Superior de Enfermagem do Porto - Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n - 4200-072 Porto

URL: www.aspesm.org; E-mail: dir.spesm@gmail.com; Tel.: (+351)922097145

ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética para o Estudo - Cultural Adaptation and
Psychometric Properties Assessment of the NOC Outcome “Cognition” in a
Sample of Portuguese Adults With Mental Illness

Concedido com a arte de
Dr. J. P. Moreira da Silva
Diretor Clínico
16
1
19

Autógrafa
23.01.2019

PARECER

Prof. Doutor A. Dias Alves
Presidente do Conselho de Administração

16/2019

“ Avaliação das propriedades psicométricas do resultado NOC Cognição numa amostra portuguesa de pessoas com doença mental”

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO – Psiquiatria

INVESTIGADOR: Joana Catarina Ferreira Coelho

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 10 / 01 / 2019


- A investigadora informa esta comissão que aguarda autorização dos autores para uso das escalas NOC (Classificação dos resultados de Enfermagem – Cognição) e MMSE (Mini Mental State Examination).
- O consentimento informado foi alterado, ajustado à colheita de dados pretendida.

Tomamos conhecimento.
Nada a opor sob o ponto de vista ético.

Documentos analisados:

- Requerimento onde assume sob compromisso de honra que aguarda a autorização dos autores.
- Impresso CES.
- Modelo de consentimento informado.
- Instrumento de colheitas de dados.
- Email com resposta favorável ao uso da escala.

O Presidente da CES


(Enf. Ana Saraiva)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 10 / 01 / 2019

ANEXO III

Versão portuguesa do Mini Mental State Examination (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E.)

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que país estamos? _____
7. Em que distrito estamos? _____
8. Em que terra vive? _____
9. Em que sítio estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

NOTA: _____

2. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.”

As palavras são:

PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra: _____

Gato: _____

Bola: _____

NOTA: _____

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

NOTA: _____

4. EVOCAÇÃO

Só se efectua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção.

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PÊRA GATO BOLA

NOTA: _____

5. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.
“Como se chama isto?”

NOTA: _____

b) Mostrar um lápis.
“Como se chama isto?”

NOTA: _____

c) Repetir a frase:
“O rato roeu a rolha”

NOTA: _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.”

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos)

Pega no papel com a mão direita

NOTA: _____

Dobra o papel ao meio

NOTA: _____

Coloca o papel no chão

NOTA: _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”
(Mostrar o cartão com a frase: FECHER OS OLHOS)

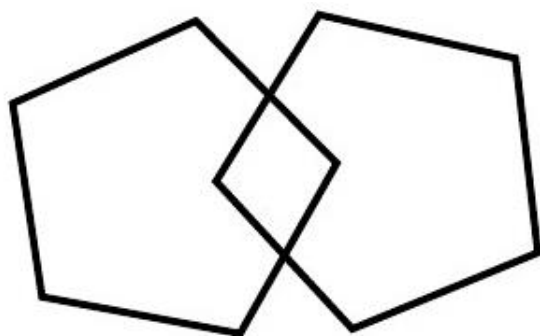
NOTA: _____

f) “Escreva uma frase”

A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de trocas de letras não contam como erros)

NOTA: _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”
(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



NOTA: _____ / **TOTAL:** _____

Pontes de Corte (População portuguesa)

Idade superior a 40 anos, considera-se com defeito cognitivo:

Analfabetos: < 15

1 a 11 anos de escolaridade: < 22

Escolaridade superior a 11 anos: < 27

M Guerreiro et al. Adaptação à população portuguesa do “Mini Mental State Examination” (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, 1994, Supl. Nº 1, 9-10.

ANEXO IV

Resultado NOC “Cognição” (0900) versão Portuguesa

Resultado NOC “Cognição” (0900)

Indicadores	Gravemente Comprometido 1	Muito Comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3	Levemente Comprometido 4	Não Comprometido 5	N/A
Comunicação clara para a idade						
Comunicação adequada à idade						
Compreensão do significado das situações						
Capacidade para ficar atento						
Concentração						
Orientação Cognitiva						
Memória Imediata						
Memória Recente						
Memória Remota						
Processamento de Informações						
Peso de alternativas a tomar decisões						
Tomada de decisão adequada						
Habilidades de cálculos complexos						

Fonte: Coelho, J., Ribeiro, A. R., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2019). Cultural adaptation and psychometric properties assessment of the NOC outcome “Cognition” in a sample of Portuguese adults with mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi: 10.1111/2047-3095.12268

ANEXO V

Parecer da Comissão de Ética para o Estudo - Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse



COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CE-ESEP

Parecer ao Projeto: Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas do questionário de avaliação da relação terapêutica em Enfermagem (QARTE)

Fluxo: ADHOC_674/2020

Data da submissão: 06-05-2020

Documentos anexos ao pedido de parecer

Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética-Modelo 102

Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEP_Modelo 92

Resumo do projeto de investigação

Ficha de apresentação de projetos de investigação_mod_46_00

Ficha de proposta de projeto de investigação MOD.163.00

QARTE - Questionário de Avaliação da Relação Terapêutica em Enfermagem - Formulários Google

Declaração de consentimento

CV_Joana Coelho

CV_Prof. Carlos Sequeira

Investigador principal: Joana Catarina Ferreira Coelho

Investigador proponente: Joana Catarina Ferreira Coelho e Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Curriculum do investigador proponente e principal: Sim

Estudo integrado: Programa de Doctorat en Infermeria i Salut. Universitat Rovira i Virgili, Espanha e CINTESIS - Projeto de Investigação da Literacia e Saúde Mental Positiva.

Projeto de Investigação

Título: Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas do questionário de avaliação da relação terapêutica em Enfermagem (QARTE)

Orientadores: Prof. Doutora Maria José Nogueira (Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega); Prof. Doutor Carlos Sequeira (Escola Superior de Enfermagem do Porto); Prof. Doutor Juan Roldán Merino (Campus Docent Sant Joan de Déu) e Prof. Doutora Mar Lleixà Fortuño (Universitat Rovira i Virgili).

Local/locais onde será realizada a investigação:

Universitat Rovira i Virgili, Espanha e CINTESIS: Escola Superior de Enfermagem do Porto (integrado no Projeto de Investigação da Literacia e Saúde Mental Positiva)

Investigação: Estudo quantitativo

Objetivos da investigação:

Desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas de um questionário de avaliação da relação terapêutica em enfermagem (QARTE) na perspetiva do enfermeiro; caracterizar socio

demograficamente a amostra e contribuir para a sistematização da avaliação da Relação Terapêutica em Enfermagem, na perspetiva do Enfermeiro.

Participantes:

Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) a exercer funções em Portugal.

Critérios de Inclusão: ser enfermeiro especialista em ESMP e desempenhar funções em contexto clínico.

Critérios de Exclusão: recusa em participar no estudo.

Os participantes serão selecionados por técnica de amostragem de bola de neve, com contactos iniciais intencionais via email.

Instrumento de colheita de dados:

Questionário online (Sociodemográfico e QARTE-32 itens).

QARTE – Resulta de revisão de literatura efetuada e com início em 1 março de 2020.

Duração máxima para o seu preenchimento de 10 minutos.

Riscos/benefícios: benefícios imediatos poderão advir para os participantes:

Reflexão sobre os conhecimentos e competências a desenvolver e melhorar para estabelecer uma boa relação terapêutica com a pessoa, promovendo assim, uma melhoria na prestação de cuidados de Enfermagem. Refere não existir qualquer risco ou incómodo para o participante.

Consentimento e confidencialidade da informação:

Os participantes acedem ao questionário após o seu consentimento da participação no estudo.

O investigador declara que os dados serão codificados e tratados estatisticamente de forma global e apenas com acesso aos investigadores.

A publicação dos resultados seguirá sempre em função de resultados globais. Prevê a eliminação dos dados após 6 meses da publicação.

A colheita de dados está prevista a 1 de junho de 2020 e o tempo de realização do estudo terá duração máxima de 3 meses.

Parecer:

Após análise dos documentos apresentados e considerando:

A relevância da investigação do projeto; a participação dos enfermeiros na investigação de forma livre e consentida e a salvaguarda da confidencialidade dos dados expressa nos documentos enviados, incluído a informação ao participante e o consentimento informado.

Nada há a opor à realização da presente investigação.

O relator, **ELISABETE MARIA
DAS NEVES
BORGES**

Assinado de forma digital por
ELISABETE MARIA DAS NEVES
BORGES
Dados: 2020.05.19 18:15:31
+01'00'

(Elisabete Borges)

Assinado por: **TERESA CRISTINA TATO MARINHO
DE TOMÉ RIBEIRO MALHEIRO SARMENTO**
Num. de Identificação: BI037067184
Data: 2020.05.21 18:19:24+01'00'



ANEXO VI

Documento comprovativo da Menção Internacional



Certificate of Internship in a Foreign Institution

01.08.2020

To whom it may concern,

This is to certify that the PhD student **Joana Catarina Coelho** has performed an internship in the Research and Development Unit (UI&D) of the Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa-Alto Tâmega, Chaves, from 01.05.2020 to 01.08.2020 under the supervision of PhD Maria José Carvalho Nogueira. Her work has focused on:

- Hold working meetings with the internship supervisor;
- Presentation of research project: to Develop the Therapeutic Relationship Assessment Scale – Nurse;
- Conception, planning, data collection, data analysis and writhing research report of the research project;
- Select, prepare and submission for publish of the manuscript *Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale –Nurse* to a Nursing Journal.

Sincerely,

Maria José Nogueira, PhD, RNPMH

Maria José Nogueira

Coordenação da Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Quinta dos Montalvões – Outeiro Seco
5400-673 Chaves - Portugal

T: +351 276 301 690

uid@esecvpaltotamega.pt

www.esecvpaltotamega.pt

