

A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde - construção e validação de uma escala

Carlos Manuel Torres Almeida¹
Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues²
Joaquim José Jacinto Escola³

Objetivos: construir e validar uma escala da representação da vulnerabilidade humana em saúde. **Método:** para o desenvolvimento do estudo foram percorridas as etapas - revisão bibliográfica e entrevistas exploratórias para a formulação de itens e posterior agregação em dimensões, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste. As propriedades psicométricas da escala foram avaliadas em uma amostra com 342 indivíduos (enfermeiros, médicos, estudantes finalistas de enfermagem e medicina). Foram realizados os testes de validade, fiabilidade e de consistência interna. **Resultados:** a escala proposta tem quatro dimensões: conhecimento da vulnerabilidade intrínseca, conhecimento da vulnerabilidade extrínseca, experiência de vulnerabilidade e percepção de situações de vulnerabilidade nos doentes, com boa consistência interna, traduzida por valores de coeficiente de alpha de Cronbach elevados. **Conclusão:** a Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana é de fácil aplicação e propriedades psicométricas confiáveis. É um instrumento inovador e pode ser utilizado para o desenvolvimento de estudos sobre a vulnerabilidade humana.

Descritores: Escalas; Validade dos Testes; Vulnerabilidade; Saúde.

¹ MSc, Professor, Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.

² PhD, Professor, Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.

³ PhD, Professor, Escola das Ciências Humanas e Sociais, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Pesquisador, Gabinete de Filosofia da Educação, Universidade do Porto, Portugal.

Endereço para correspondência:

Carlos Manuel Torres Almeida
Escola Superior de Enfermagem. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Lugar do Tojal
Bairro Lordelo
5000-232, Vila Real, Portugal
E-mail: calmeida@utad.pt

The representations of human vulnerability held by health workers – development and validation of a scale

Objectives: This study's objective consisted of the construction and validation of a scale to identify the representation of human vulnerability in the health field. Method: its development was divided into three steps: a bibliographic review and exploratory interviews were conducted to establish the items and their subsequent aggregation into dimensions; evaluation by an expert committee; and pre-test. The scale's psychometric properties were evaluated based on its application to a sample of individuals (nurses, physicians, and senior nursing and medical undergraduate students). Validity, reliability, and internal consistency tests were performed. Results: the scale obtained consists of four dimensions (knowledge of intrinsic vulnerability, knowledge of extrinsic vulnerability, experience of vulnerability, and perception of vulnerability in patients). The scale presents good internal consistency with high Cronbach's alpha coefficient values. Conclusion: The Representation of Human Vulnerability in Health Workers Scale is easy to apply and presents reliable psychometric properties. It is an innovative tool that can be used in the development of studies addressing human vulnerability.

Descriptors: Scales; Validity of tests; Vulnerability; Health.

La representación de la vulnerabilidad humana en cuidadores de la salud - construcción y validación de una escala

Objetivos: El objetivo de este estudio consistió en la construcción y validación de una escala para la "Representación de la vulnerabilidad humana en la salud". Método: Se realizaron los siguientes pasos: Revisión bibliográfica y entrevistas exploratorias que llevaron a la formulación de Ítems y posterior agregación en dimensiones; evaluación por un comité de especialistas y un pre examen. Las propiedades psicométricas de la escala fueron evaluadas a partir de su aplicación a una muestra de 342 individuos: enfermeros, médicos y estudiantes (estos últimos finalistas en enfermería y medicina). Fueron hechos estudios de validez, de fiabilidad y consistencia interna. Resultados: Se obtuvo una escala constituida por cuatro dimensiones (Conocimiento de la vulnerabilidad Intrínseco, conocimiento de la Vulnerabilidad extrínseco, experiencia de la vulnerabilidad y percepción de situaciones de vulnerabilidad en los pacientes) con buena consistencia interna traducidas con valores de coeficiente "Alpha de Cronbach" muy elevados. Conclusiones: La "Escala de Representación de la Vulnerabilidad Humana" demostró ser de fácil aplicación y reveló propiedades psicométricas fiables, que la presentan como un instrumento innovador que permite hacer estudios generalizados sobre un tema tan importante como es el de la vulnerabilidad humana.

Descriptores: Escalas; Validez de las pruebas; Vulnerabilidad; Salud.

Introdução

A crença nos avanços técnico-científicos trouxe, de novo, para a ribalta o mito da imortalidade, evidenciando profissionais de saúde com ideias de onipotência e com dificuldades para aceitar as limitações das suas capacidades, ao mesmo tempo que alguns doentes julgam que tudo pode ser curado, procurando esquecer a fragilidade e finitude que lhes é própria. Mas o esquecimento de uma pedagogia da vulnerabilidade pode ter efeito contraproducente, pois é no apoio a circunstâncias de vulnerabilidade que o cuidar atinge o seu ponto máximo de importância⁽¹⁾. O termo vulnerabilidade

é, há muito tempo, usado nos cuidados de saúde, embora, muitas vezes, com diferentes significados⁽²⁾. A polissemia atribuída a algumas palavras, ou expressões, faz com que o seu significado mude de acordo com a situação ou a circunstância em que é empregada. Dessa forma, o termo vulnerabilidade surge com frequência em textos de bioética como referência à imperiosa proteção devida aos mais vulneráveis perante a experimentação científica, e surge em saúde pública e epidemiologia em inúmeras referências a grupos mais vulneráveis à contaminação ou à propagação de determinadas patologias. Nesse sentido,

a vulnerabilidade surge como uma qualificação atribuída a pessoas ou populações que resulta de características particulares, momentâneas ou ocasionais, sendo que o uso do termo surge como uma função adjetivante⁽³⁾. É principalmente nesse sentido que se pode encontrar a maioria dos estudos de associação da vulnerabilidade aos cuidados de saúde⁽⁴⁻⁶⁾. No entanto, não é esse o significado de vulnerabilidade que se pretende desenvolver e associar ao desempenho do cuidar, aqui é referida vulnerabilidade “como parte da condição humana”⁽⁷⁾, como realidade constitutiva do ser humano, e que, por isso, revela o ser humano como um ser de cuidado⁽¹⁾. Dessa forma, ganha um sentido mais amplo, universal.

Vulnerabilidade deriva do termo latino *vulnus*, que significa ferida que evoca, pelo menos de modo simbólico, a abertura sangrenta, dolorosa e sofrida⁽³⁾. Nesse sentido, de forma simples, poder-se-ia dizer que vulnerabilidade representa a irredutível suscetibilidade do humano para ser ferido, para o sofrimento ou, de um modo radical, para o desgaste e finitude. No fundo, vulnerabilidade significa a fragilidade e precariedade própria do ser humano, sendo que essa vulnerabilidade se manifesta em todas as suas dimensões (ontológica, ética, natural, cultural e social)⁽¹⁾. A dificuldade na aceitação de limites próprios de um ser humano, que é originalmente vulnerável, acarreta consigo o risco de os profissionais de saúde se afastarem do verdadeiro valor do cuidar, levando a que, ao mesmo tempo em que o conhecimento científico e as novas técnicas de tratamento e diagnóstico evoluem, se vá criando aumento da insatisfação dos doentes com os cuidados de saúde. De fato, a vulnerabilidade está diretamente associada ao cuidado, pois é “precisamente porque tudo no ser humano é vulnerável que resulta fundamental e inelutável o exercício de cuidá-lo, de atendê-lo”⁽¹⁾, sendo fundamental que quem cuida esteja consciente da vulnerabilidade do outro, pois só assim pode empreender forças para o ajudar e cuidar⁽¹⁾. Mas, se do ponto de vista teórico essa relação entre a vulnerabilidade e o cuidar parece óbvia, entende-se, aqui, ser necessário procurar estudos que a transformem em evidência científica. Alguns estudos⁽⁸⁻⁹⁾ revelam que as experiências de vulnerabilidade dos profissionais de saúde poderiam ser úteis, inclusive a sua partilha com os doentes, podendo mesmo funcionar como uma força, assim como apontam para a necessidade de compreensão da vulnerabilidade dos doentes para a prestação de cuidados capazes de lhes causar satisfação. No entanto, os poucos estudos encontrados são de natureza qualitativa e a populações muito restritas e, por isso, sem possibilidade de grande generalização. Assim, pretendendo avançar para um

estudo que permitisse analisar de forma mais aprofundada e generalizada esse fenômeno, um primeiro passo a dar seria perceber qual a representação da vulnerabilidade humana dos profissionais de saúde. Mas, como avaliar essa representação da vulnerabilidade?

De fato, devido à complexidade do tema e a alguma originalidade na forma como pretendia-se tratar não se conseguiu encontrar, nesta pesquisa bibliográfica, instrumentos suscetíveis de adaptação ao estudo, definindo-se, então, como objetivo para este estudo construir e validar um instrumento de medida, a partir de um constructo teórico – Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana em Cuidadores de Saúde (ERVH).

Métodos

O estudo desenvolveu-se em duas fases principais: a construção dos itens da escala e posterior validação. Numa primeira fase, procurou-se, a partir de extensa revisão bibliográfica e de um primeiro estudo exploratório, definir e encetar um percurso metodológico que levasse à construção de uma escala de avaliação da representação da vulnerabilidade humana, partindo de uma abordagem idealista, subjetiva e de raciocínio indutivo, executando movimentos “do particular para o geral”⁽¹⁰⁾. Como técnica de coleta de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, com algumas categorias previamente definidas, facilitando, dessa forma, a procura de significados ou unidades de registro⁽¹¹⁾ que, depois de depurados, pudessem construir os itens e subescalas de um instrumento de medida da representação da vulnerabilidade humana, por parte dos profissionais de saúde. Com essa estratégia, pretendeu-se construir um instrumento de medida em que os itens não resultassem apenas da assunção de modelos teóricos propostos por diversos autores, mas que, em grande parte, fossem apurados a partir das percepções, experiências e conhecimentos que os próprios cuidadores têm sobre o tema, pensando, desse modo, garantir mais fácil compreensão do instrumento construído, pois, no fundo, a sua aplicação seria na prática o “devolver” aos cuidadores os resultados que deles se extraíram e, por isso, com uma linguagem e terminologia mais familiar.

Seleção dos sujeitos a incluir no estudo (1ª fase)

Sendo o objetivo dessas entrevistas particularmente exploratório procurou-se uma amostra diversificada, de modo a tornar mais rica a coleta de informação. Diligenciouse, por isso, uma amostra de conveniência, por essa técnica permitir melhor acessibilidade às pessoas. Como

critérios de seleção pretendeu-se que os prestadores de cuidados estivessem distribuídos uniformemente pelos dois grupos profissionais que agem mais diretamente com a pessoa doente (médicos e enfermeiros) e tendo ainda como condição a representatividade de dois momentos diferentes: em formação (alunos com experiência de ensino clínico e em final de curso) e na atividade profissional. A amostra foi, assim, constituída por 12 prestadores de cuidados (três alunos de enfermagem, três alunos de medicina, três profissionais de medicina e três profissionais de enfermagem).

Seleção das unidades de análise e critério de agregação dos itens

Após transcrição das entrevistas, respeitando o conteúdo dos discursos, de forma a não enviesar os resultados e a assegurar os princípios éticos no estudo, procederam-se à organização do conteúdo, exploração das informações obtidas, organização e interpretação semântica. Foi desenvolvido um esquema de classificação e codificação dos dados, de acordo com as categorias que, previamente, se definiu com base no quadro teórico e daquelas que emergiram da aplicação do pré-teste e do conteúdo das entrevistas. Obtiveram-se, por esse processo, 80 unidades de registro que foram distribuídas pela estrutura previamente definida para o instrumento de coleta de dados, para, posteriormente, serem analisados por especialistas. Para isso, organizou-se um instrumento composto por três partes, contemplando a avaliação dos diferentes constituintes da representação da vulnerabilidade: o conhecimento (teórico) da vulnerabilidade, experiência da vulnerabilidade e a percepção de situações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde.

Depois de construídos, os itens foram submetidos à análise dos especialistas com formação em nível de doutorado. Dada a complexidade do tema e a sua transdisciplinaridade, procuraram-se especialistas de várias áreas científicas (Psicologia, Enfermagem, Filosofia e Medicina). O objetivo desse procedimento foi verificar a adequação da estruturação do instrumento nas diferentes partes propostas, a adequação dos itens a cada categoria proposta e, por fim, a análise semântica da representação comportamental dos atributos latentes nos itens. Após a análise dos especialistas, 68 dos 81 itens, originalmente construídos, foram mantidos. Na sequência, os itens foram submetidos à análise semântica. O objetivo desse procedimento foi verificar se todos os itens eram compreensíveis por todos os membros da população à qual o instrumento se destinava. Para isso, foram constituídos

quatro pequenos grupos (um por cada grupo a estudar) com os quais foram analisados os questionários, item por item, de modo a que os itens com problemas fossem sendo corrigidos e testados.

Cumpridas as etapas de construção da ERVH (análise dos especialistas e análise semântica) o instrumento resultou em 67 itens, distribuídos pelas três partes e apresentados para autopreenchimento numa escala de nível de concordância, com amplitude de resposta com seis opções, variando entre "discordo totalmente", "discordo bastante", "discordo parcialmente", "concordo parcialmente"; "concordo bastante" e "concordo totalmente".

Validação do instrumento

Antes da utilização de uma escala é necessário proceder-se à sua validação, realizar uma análise das suas qualidades psicométricas e, se necessário, efetuar algumas alterações ou afinações de modo a objetivar e otimizar o instrumento de coleta de dados. Procederam-se a estudos de fiabilidade e estudos de validade, de modo a se obter esses dois tipos de validade cruzaram-se os dados obtidos a partir de uma análise fatorial exploratória (AF) com os valores de alpha de Cronbach e das correlações entre item e item total. Nesse sentido, estabeleceram-se os seguintes critérios:

- Para a análise fatorial utilizou-se o método de extração das componentes principais (*principal component*), seguindo-se da rotação dos fatores, para que se pudesse obter uma solução fatorial mais clara e objetiva, maximizando assim os pesos fatoriais dos itens, sendo que, para o efeito, optou-se pelo método de rotação ortogonal (*Varimax Rotation*);
- Para a determinação de fatores e retenção de itens e, seguindo as sugestões recomendadas por diversos autores⁽¹²⁻¹⁷⁾, utilizaram-se os seguintes critérios: a) critério de Kaiser – fatores com valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 ($EV \geq 1$); b) peso fatorial (*fator loadings*) dos itens iguais ou superiores a 0,4 ($FL \geq 0,40$) e c) inexistência de itens com pesos fatoriais relevantes (acima de 0,30) em mais do que um fator. Se isso acontecer e se a diferença entre eles não for igual ou superior a 0,15, deve-se considerar a eliminação do item⁽¹⁶⁾; d) a percentagem da variância explicada pelos fatores retidos deve ser, no mínimo, de pelo menos 40% e e) cada fator não pode ter menos de três itens;
- Para complementar a análise de fiabilidade, estabeleceu-se que a consistência interna do fator (alpha de Cronbach) deve ser, no mínimo, de 0,70; a correlação item/item total

não deve ser inferior a 0,4 e a consistência interna do fator não deve aumentar se o item for eliminado.

Seleção dos sujeitos a incluir no estudo (2ª fase)

Tendo os critérios de inclusão no estudo já definidos e com o intuito de reduzir o universo de prestadores de cuidados passíveis de pertencerem à população alvo, optou-se por uma amostragem estratificada, de forma a se obter uma amostra representativa, segundo algumas variáveis pré-identificadas da população em estudo e não probabilística de conveniência - tipo bola-de-neve. Optou-se, assim, por efetuar uma coleta de dados *online* pelo que o instrumento de coleta de dados ficou disponível de outubro 2011 a abril de 2012, tendo os participantes recebido por correio eletrônico os endereços de acesso ao preenchimento do questionário. Depois da análise dos inquéritos recebidos, em função dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída por 342 indivíduos.

Relativamente aos procedimentos éticos, foi oficializado o pedido por escrito aos órgãos de gestão das instituições envolvidos no estudo, sendo que a participação no estudo foi de caráter voluntário, tendo sido garantida a confidencialidade dos resultados e o anonimato dos respondentes. O estudo foi autorizado, tendo tido parecer positivo das instituições: referência 292/2011, de 18 de outubro de 2011, 1720 de 18 de outubro de 2011 e referência 2157, de 4 de novembro de 2011.

Resultados

Verificou-se que 40,4% da amostra era constituída por profissionais de enfermagem (138), 31,3% (107) por alunos finalistas do curso de licenciatura em enfermagem, 15,8% (54) médicos e 12,6% (43) era de alunos finalistas do curso de medicina (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos por grupos profissionais. Zona Centro e Norte de Portugal, 2011

Grupo profissional	n	%
Enfermeiro(a)	138	40,4
Médico(a)	54	15,8
Estudante de enfermagem	107	31,3
Estudante de medicina	43	12,6
Total	342	100

Estudos de validade

Como critério de adequabilidade de análise fatorial, utilizaram-se os testes de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) e

de esfericidade de Bartlett. O valor obtido de 0,863 do KMO sugere, segundo a literatura, que é claramente recomendável para aplicação de uma AF. Por outro lado, ainda que não tão fidedigno, o fato de o teste de esfericidade de Bartlett ser significativo (valores associados a um $p < 0,05$) mostra que as variáveis são correlacionáveis⁽¹⁸⁾. Numa primeira análise fatorial exploratória, pelo método de extração dos componentes principais (*principal component*), utilizando o critério de Kaiser - fatores com valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 ($EV \geq 1$), obteve-se uma distribuição dos itens por 16 fatores que explicam 64,044% da variância total. Após análise *scree plot*, optou-se por nova análise exploratória pelo método de extração dos componentes principais (*principal component*), forçando-se a cinco componentes principais, seguidos da rotação dos fatores, pelo método de rotação ortogonal (*Varimax Rotation*). A organização nos cinco fatores justifica, no seu conjunto, 41,00% da variância total (fator 1-12,39; fator 2-8,84; fator 3-8,25; fator 4-7,49 e fator 5-4,97). Após a aplicação dos critérios de análise fatorial pré-estabelecidos (que levou à eliminação de alguns itens) obteve-se a organização mostrada a seguir (Tabela 2).

O *fator 1* surge composto por 21 itens que teoricamente estariam agrupados, refletindo a experiência da vulnerabilidade. Os valores de saturação situam-se entre 0,405 do item 49 ("sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social") e 0,711 do item 30 ("a consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade"). O *fator 2* surge aqui constituído por onze itens que teoricamente tentariam expressar situações de vulnerabilidade nos utentes dos serviços de saúde. Esses itens apresentam valores de saturação na sua maioria superiores a 0,60. No *fator 3* evidenciam-se nove itens todos eles teoricamente pertencentes à subescala que pretende avaliar conhecimento teórico da vulnerabilidade e quase todos com valores de saturação altos (superiores a 0,6), com exceção do item 21 que apresenta uma carga fatorial de 0,443. No *fator 4* encontraram-se dez itens todos eles, teoricamente, também pertencentes à subescala que pretende avaliar o conhecimento teórico da vulnerabilidade. As cargas fatoriais desses itens vão desde 0,411 do item 15 "a vulnerabilidade expressa-se numa condição pessoal de diminuição física ou psicológica" até 0,623 do item 2 "a ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade". Por fim, no *fator 5* encontraram-se cinco itens. Esses itens pertenciam às distintas classes teóricas e apresentam-se agrupadas com saturações mais baixas que os fatores anteriores.

Tabela 2 – Matriz dos componentes. Zona Centro e Norte de Portugal, 2011

Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Fator 5	
Item	Carga	Item	Carga	Item	Carga	Item	Carga	Item	Carga
P28	0,480	P53	0,414	P5	0,573	P1	0,532	P19	0,416
P29	0,667	P56	0,458	P6	0,602	P2	0,623	P24	0,515
P30	0,711	P57	0,412	P8	0,520	P3	0,616	P25	-0,618
P31	0,586	P58	0,505	P9	0,743	P4	0,631	P36	0,420
P32	0,514	P59	0,638	P10	0,744	P13	0,573	P55	0,473
P33	0,593	P60	0,605	P11	0,770	P14	0,609		
P34	0,540	P61	0,675	P12	0,732	P15	0,411		
P35	0,584	P62	0,635	P16	0,406	P22	0,501		
P38	0,547	P63	0,702	P21	0,443	P26	0,432		
P39	0,534	P64	0,537			P27	0,419		
P40	0,636	P65	0,647						
P41	0,441	P67	0,545						
P42	0,651								
P43	0,633								
P44	0,499								
P45	0,643								
P46	0,596								
P47	0,523								
P48	0,492								
P49	0,405								
P51	0,594								

Análise de fiabilidade e consistência interna

Para o *fator 1*, para o qual manteve-se a designação “experiência de vulnerabilidade”, obteve-se valor de alpha de 0,920. Quanto aos valores de correlação item/total eles se situam- entre 0,422, correspondente à afirmação “enquanto (futuro) profissional de saúde há alturas em que me questiono sobre se serei vulnerável ao sofrimento do outro”, e 0,683 obtidos no item 30 “a consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade”.

Para o *fator 2*, para o qual manteve-se a designação “percepção de situações de vulnerabilidade nos doentes”, obteve-se alpha de 0,852. Se se observar a Tabela 3 verifica-se que as relações item/total se encontram entre 0,411 e 0,635, respeitando, dessa forma, os critérios estabelecidos.

Em relação ao *fator 3* encontrado e ao qual se manteve a designação “conhecimento da vulnerabilidade extrínseca”, da análise dos resultados da comunalidade, do valor da correlação de Pearson item/total e inclusive do sentido semântico, verificou-se que o item 16 não reunia

critérios de inclusão, tendo sido, então, eliminado. Assim, para esse fator, agora com 8 itens, obteve-se alpha de 0,869. Quanto aos valores de correlação obtidos, todos os itens apresentam valores relativamente altos.

Em relação ao *fator 4* encontrado, composto por 10 itens, e ao qual se atribuiu a designação “conhecimento da vulnerabilidade intrínseca”, encontrou-se alpha de 0,807. Quanto aos valores de correlação obtidos, todos os itens apresentaram valores superiores aos 0,4 estabelecidos como critério mínimo.

Quanto ao *fator 5*, obtido na análise fatorial com o agrupamento de 5 itens, esse revelou ser problemático. Desde logo pareceu, do ponto de vista de modelo teórico, ser difícil encontrar uma relação entre essa associação de itens, fato que acabou por ser confirmado com a obtenção de alpha de 0,130, que é completamente inaceitável, e de valores de correlação item/total inferiores a 0,40 para todos os itens. Perante esse cenário, optou-se, aqui, pela exclusão dos itens e correspondente fator.

Tabela 3 – Correlação item total e confiabilidade alfa de Cronbach dos 4 fatores. Zona Centro e Norte de Portugal, 2011

Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
Item	r	Item	r	Item	r	Item	r
P28	0,498	P56	0,472	P5	0,570	P1	0,507
P29	0,601	P57	0,411	P6	0,570	P2	0,560
P30	0,683	P58	0,511	P8	0,496	P3	0,549
P31	0,573	P59	0,592	P9	0,746	P4	0,570
P32	0,537	P60	0,563	P10	0,648	P13	0,424
P33	0,619	P61	0,635	P11	0,745	P14	0,471
P34	0,562	P62	0,544	P12	0,672	P15	0,417
P35	0,619	P63	0,599	P21	0,530	P22	0,436
P38	0,537	P64	0,481			P26	0,463
P39	0,514	P65	0,562			P27	0,423
P40	0,627	P67	0,508				
P41	0,422						
P42	0,678						
P43	0,574						
P44	0,508						
P45	0,605						
P46	0,565						
P47	0,578						
P48	0,568						
P49	0,471						
Alpha de Cronbach		Alpha de Cronbach		Alpha de Cronbach		Alpha de Cronbach	
0,9200		0,8522		0,8699		0,807	

Discussão

Após se proceder aos estudos de validade e fiabilidade da escala, verificou-se que a distribuição dos itens pelos quatro fatores, obtidos pela análise de componentes principais, diverge da ideia original que assentava em três fatores, embora, na distribuição encontrada, exista clara predominância dos itens pertencentes a cada uma das escalas iniciais (Figura 1). Apesar desses dois fatores (3 e 4) agruparem itens que teoricamente pareciam pertencer a uma única dimensão – o conhecimento teórico da vulnerabilidade humana, a análise fatorial separa as afirmações que demonstram uma noção da vulnerabilidade intrínseca do indivíduo, resultante da morte e da doença no fator 4, no fundo transmitindo o conhecimento de uma vulnerabilidade ontológica e natural. O fator 3 agrupa as afirmações que retratam

um conhecimento da vulnerabilidade que surge a partir da exposição/ao outro e à sociedade e que expressa o conhecimento teórico de uma vulnerabilidade social, ética e cultural. Essa divisão parece perfeitamente adequada ao modelo teórico aqui proposto e talvez capaz de facilitar a análise e a compreensão dos resultados obtidos.

Verificou-se, assim, que foram obtidas quatro dimensões e que essa nova distribuição justifica 43,77% da variância total. Todas as dimensões obtiveram valor de alpha de Cronbach superior a 0,8 que é considerado “muito bom” e, no caso da subescala da experiência da vulnerabilidade, apresenta os mesmos valores superiores a 0,9, podendo ser considerados excelentes. Para a totalidade da escala obteve-se alpha de 0,936.

Escala da representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde
Conhecimento da vulnerabilidade intrínseca <ul style="list-style-type: none"> - A experiência humana é marcada pela vulnerabilidade - A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade - A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do ser humano; é condição universal da humanidade - A vulnerabilidade chama a atenção para o caráter perecível, isto é, finito de todo o existente - A doença é uma expressão concreta da vulnerabilidade humana - É na enfermidade que o sujeito tem a máxima percepção da sua vulnerabilidade

(a figura 1 continua na próxima página)

Escala da representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde	
	<ul style="list-style-type: none"> - A vulnerabilidade se expressa numa condição pessoal de diminuição física ou psicológica - Quando somos confrontados com as fatalidades do dia a dia, como acidentes ou catástrofes, tomamos consciência da nossa vulnerabilidade - O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do cuidar - A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil
Conhecimento da vulnerabilidade extrínseca	<ul style="list-style-type: none"> - Quem se torna próximo do outro se torna inevitavelmente frágil e vulnerável - O ser humano é vulnerável porque está exposto às atitudes e reações do outro - Todos os seres humanos, sãos ou enfermos, são vulneráveis, pois estão sujeitos ao mal - O ser humano é vulnerável porque está exposto ao risco de fracassar - A vulnerabilidade é a exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação - A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade de o homem ser "ferido" sentimentalmente - A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade de o homem ser "ferido" espiritualmente - A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de fragilidade
Experiência da vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal - A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver - A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade - Ao longo da minha vida a experiência de sofrimento físico evidenciou a minha fragilidade - Ao longo da vida senti-me vulnerável principalmente perante experiências de sofrimento psicológico ou espiritual - Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante uma situação difícil na vida - Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante a dificuldade do outro - A minha fragilidade é-me consciente cada vez que não consigo atingir os meus objetivos - Quando me sinto mais fraco fisicamente costumo pensar na minha fragilidade - Quando olho para alguém que me é querido e vislumbro os sinais do seu envelhecimento, sou levado a refletir na vulnerabilidade do ser humano - Em situações de doença, perante a incerteza do diagnóstico, sinto-me particularmente frágil/vulnerável - Enquanto profissional de saúde, há alturas em que me questiono sobre se serei vulnerável ao sofrimento do outro - Algumas situações ou acontecimentos negativos, envolvendo familiares ou amigos, fazem-me sentir mais vulnerável - Perante a morte de outras pessoas dei comigo a refletir sobre a certeza da minha própria morte - Preocupa-me que, no meu exercício profissional, não seja capaz de responder perante as situações mais complexas - Quando, por algum motivo, tenho de ficar longe da minha família, sinto-me mais vulnerável - Em situações em que tenho de recorrer aos cuidados de saúde, sinto-me particularmente frágil/vulnerável - Perante situações de solidão sinto-me mais vulnerável - Sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que precisa de mim - Sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social - O acompanhamento de pessoas doentes e em estado de particular fragilidade reavivaram-me a consciência da minha própria vulnerabilidade
Percepção de situações de vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Na pessoa doente, a vulnerabilidade vive-se sobretudo no nível psicológico, levando inclusive a manifestações físicas dessa fragilidade - As pessoas mais frágeis do ponto de vista psicológico são as mais doentes - O que realmente provoca sofrimento no doente é a sensação de derrota pela consciência de que já nada pode ser feito - É, sobretudo, o afastamento da família e do seu ambiente do dia a dia que torna o doente mais frágil - A vulnerabilidade da pessoa doente resulta da perda das suas rotinas e hábitos diários (sociais, familiares, profissionais etc.) - A pessoa doente que recorre aos cuidados de saúde é vulnerável porque, muitas vezes, se vê na sua solidão - A maior fragilidade da pessoa doente é, muitas vezes, provocada pelo fato de, nas instituições de saúde, ser tratado como um ser despersonalizado - Muitas vezes a pessoa doente torna-se frágil quando, no internamento, é tratada de forma "rotineira", sentindo a perda da sua identidade pessoal - A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente - Muitas vezes, a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta de não ter ninguém com quem partilhar o seu sofrimento - Por vezes, a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta do sentimento de que já não é capaz de controlar a sua vida

Figura 1 - Distribuição final dos itens pelas dimensões da ERVH. Zona Centro e Norte de Portugal, 2011

Conclusão

O processo de construção e validação da ERVH permitiu avaliar qual é a representação da vulnerabilidade humana que os prestadores de cuidados de saúde têm. A ERVH tem qualidades psicométricas iniciais bastante

razoáveis. A análise dos especialistas e dos grupos, em relação à análise semântica e pré-teste, apontou que a escala é de fácil compreensão e preenchimento, apresentando apenas como aspecto mais complexo o fato

de alguns itens suscitarem alguma reflexão.

A construção da escala transporta consigo a possibilidade de se aprofundar estudos sobre um aspecto essencial dos cuidados de saúde que é a relação entre a vulnerabilidade e o cuidar. Reconhece-se que a representação da vulnerabilidade humana pode influenciar positivamente a prestação dos cuidados de saúde, no entanto, a inexistência de instrumentos de avaliação constituía entrave para a realização de estudos quantitativos que permitissem a generalização dos resultados. A construção desse instrumento pode responder essa lacuna uma vez que a sua aplicação, associada a outras escalas sobre o cuidar, permitirá o aprofundamento desse tema. Por outro lado, ERVH permite obter um perfil sobre a representação da vulnerabilidade humana dos profissionais de saúde e, dessa forma, detetar pontos fortes e pontos fracos a trabalhar no sentido de ajudar a assunção de um verdadeiro paradigma de cuidar.

Referencias

1. Waldow VR; Borges RF. The Caregiving Process In Vulnerability Perspective. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 Jul-Ago; 16(4):765-71.
2. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. The use of "Vulnerability" concept in the nursing area. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 Sept-Oct;16(5):923-8.
3. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: Características, condição, princípio. Rev Bras Bioética. 2006;2(2):157-72.
4. Brito DMS, Galvão MTG, Pereira. Markers of vulnerability for cervical cancer in HIV-infected women. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 June; 19(3):500-7.
5. Pavarini SCI, Barha JNB, Mendidondo MSZ, Filizola CLA, Filho JFP, Santos AA. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009 June;17(3):374-9.
6. Nakamura E, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI; Chiesa AM, Takahashi RF. The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009April;17(2):253-8.
7. Renaud I. Fragilidade e vulnerabilidade. Rev Portuguesa Bioética. 2005;39:405-16.
8. Malterud K, Fredriksen L, Gjerde MH. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients. Scand J Primary Health Care. 2009;27(2):85-90.
9. Sorlie V, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M. Satisfied patients are also vulnerable patients: Narratives from an acute care ward. J Clin Nurs. 2006;15(10):1240-6.
10. Feldman H. Theoretical Framework. In: Lobiondo-Wood G, Harber J. Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization. 4th ed. St Louis (MO): Moby; 1998. p. 135-54.
11. Lessard-Hébert M, Goyette G, Boutin, G. Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget; 1994. 184 p.
12. Brown T. Confirmatory factor analyses for applied Research. New York: The Guilford Press; 2006. 475 p.
13. Blunch N. Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS. London: Sage; 2008. 270 p.
14. Henson RK, Roberts JK. Exploratory factor analysis reporting practices in published psychological research: Common errors and some comment on improved practice. Educ Psychol Measure. 2006;66(3):393-416.
15. Preacher KJ, MacCallum RC. Repairing Tom Swift's electric factor analysis machine. Understanding Statistics. 2003;2:13-32.
16. Worthington RW, Whittaker TA. Using exploratory and confirmatory factor analysis in scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. Counse Psychologist. 2006;34(6):806-38.
17. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R. Multivariate Data Analysis. 7th Ed. New Jersey: Pearson Educational; 2006. 785 p.
18. Maroco J. Análise Estatística com utilização do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2007. 822 p.

Recebido: 23.7.2012

Aceito: 17.10.2012

Como citar este artigo:

Almeida CMT, Rodrigues VMCP, Escola JJJ. A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde - construção e validação de uma escala. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: _____];21(Spec):[09 telas]. Disponível em: _____

URL

dia
mês abreviado com ponto

ano