

The relationship between human vulnerability and health care: a study with professionals and students in the health area

Carlos Manuel Torres Almeida*
Vitor Manuel Rodrigues*

992

SThe relationship between human vulnerability and health care...
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(4): 992-1011

Abstract

There are, currently, many appeals for the adoption of more humane health care and are, thus, based on the "Caring" paradigm. One of the ways pointed out is the appreciation of the understanding of human vulnerability, especially when it is associated with the disease. Therefore, this study consists of understanding how the representation of human vulnerability of health care providers influences their practice of caring. The Human Vulnerability Representation Scale (HVRS) and the adapted Caring Attributes Scale (CAS) were applied to a sample of 1213 in health caregivers (doctors, nurses, medical students, and nursing students). Descriptive statistics (frequencies, measures of central tendency) and inferential analysis were performed (non-parametric tests, Spearman correlation coefficient). The results confirm a positive relationship between the two variables in the study because the caregivers with higher averages in the human vulnerability representation scale have higher averages in the scale of the caring attributes. That is, the greater the representation of human vulnerability, the greater the value of caring. This reality holds true for all dimensions of the scales. The experience of vulnerability allows the professional to better understand the patient, facilitates the development of empathy, and rouses caregivers to the need of improving the quality of care. It was concluded that the representation of human vulnerability may be the instrument for adopting the "Caring" paradigm. Thus, it would be important, in the near future, to develop interventions related to vulnerability capable of transforming future caregivers into humanization vehicles.

Keywords: Health Care. Physicians. Nurses. Health Vulnerability.

INTRODUCTION

Currently there are many opinions and studies of organizations that work in the defense of patients and the quality of health care that demonstrate very critical results for health professionals, appearing to alert to the fact that they present difficulties in exercising their role as the Caregiver¹. In this sense, professionals, trainers and clients of the health system, defend an intervention of care centered on the "subject of care" in the patient. A holistic vision is recommended that allows

the assumption of the multidimensionality and uniqueness of each man/woman "subject" of care, thus defending a model focused on humanized care.

When talking about humanized care, we look for situations in which, in addition to valuing care in its technical and scientific dimensions, we also seek to recognize the rights of the patient², respecting their individuality³, their dignity^{2,4}, their autonomy⁴, their subjectivity⁴, and without forgetting the

DOI: 10.15343/0104-7809.201842049921011

*Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Escola Superior de Saúde- Vila Real, Portugal.
E-mail: calmeida@utad.pt

recognition of the professional as a human being⁵. However, the reality of care is often different. The excessive automation of health care has revived myths such as immortality, or ideas of omnipotence in health professionals, making it difficult to accept their limitations, also contributing to forgetting the fragility and finitude of each human being⁶.

Thus, the following question is formulated: How to recover Humanized Care?

An important point of humanized care is to consider human vulnerability, because from a theoretical point of view human vulnerability represents the basis of care, that is, it is because the human being is vulnerable that it becomes imperative to care for him/her throughout their life, and in this sense it is believed that understanding the vulnerability of the sick person may perhaps be the path to the practice of truly human care. Vulnerability and care as intrinsically linked phenomena are, therefore, the central variables of the study that we intended to perform.

The association between these variables and their importance in health care is often made in theoretical reflections, but from the point of view of research, it appears only in some qualitative studies performed with health professionals^{1,7,8,9} present results that found associations between them. In this sense, it is understood that it would be worthwhile to go deeper into this theme, trying in some way, to do it in an innovative way by introducing a quantitative methodology that allows a broader and more widespread study.

The objective of this study was to characterize the representation of human vulnerability of health care providers (nurses, physicians and graduating students of these two professional groups) and to analyze the valuation of the attributes that, from the perspective of several authors, represent Humanized "Care" among the caregivers studied in order to confirm or reject the hypothesis that a greater representation of human vulnerability corresponds to a greater appreciation of these caring attributes.

METHODOLOGY

This was an exploratory investigation of a

quantitative character, being a correlational, predictive and transversal study. The target population consisted of the two professional groups that deal more closely with the patients, i.e. doctors and nurses, in two different moments of their career: in training (graduating students and, therefore, already with internship experience) and in professional activity. For this purpose, two scales were used as data collection tools: Human Vulnerability Representation Scale in health caregivers (HVRS)⁶, and the (adapted) Caring Attributes Scale¹⁰, preceded by a small questionnaire for sociodemographic characterization.

The Human Vulnerability Representation Scale for health care providers consists of 50 items distributed in 4 dimensions: Theoretical knowledge of intrinsic vulnerability (KIV); Theoretical knowledge of extrinsic vulnerability (KEV); Experience of Vulnerability (EV) and Perceived Situations of Vulnerability (PV). The items are presented for self-completion on a level of agreement, with a response range of six options from "totally disagree", "strongly disagree", "partially disagree", "partially agree"; "strongly agree" and "totally agree," valued from 1 to 6 points. The internal consistency of the scale in this study was, in general, excellent (Alfa Cronbach = 0.936). The results of the scale are based on the sum of the items to be divided by the number of items, varying from 1 to 6.

The Caring Attributes Scale (adapted) is the result of the adaptation from the original Caring Attributes Questionnaire (CAQ)¹¹. This adapted version is composed of 24 items divided by 4 dimensions of Caring: Advocacy (EA); Communication of Care (ECC); Involvement of care (EEC) and learning to care (EAC). It is an instrument that uses a scale of agreement, and for each item there is a range of responses of 5 options, varying between "disagree", "tending to disagree", "uncertain", "tending to agree" and "agree" valued from 1 to 5 points. The internal consistency of the scale in this study was generally good (Alfa Cronbach = 0.880). Taking into account that the distribution of the items by the scales was done in a heterogeneous way, the final results, both the total scale and dimensions, were found from the sum of the items divided by the number of items.

The sample consisted of 1213 health care providers in Portugal. Taking into account the inclusion criteria in the study, we opted for a non-probabilistic convenience sample. The data collection took place between June 2012 and April 2013 and was carried out in person or online according to the authorizations obtained from the different institutions. Regarding the ethical procedures, participation in the study was voluntary, and the confidentiality of the results and the anonymity of the respondents were guaranteed. The study was validated by the ethics committee of a Hospital Center of the Northern Region of Portugal on 27/06/2012.

RESULTS

The final sample included 1213 health care providers, 39.8% (483) of our sample consisted of nurses, 33% (400) were graduating students of the undergraduate nursing course, 13.2% (160) were physicians and 14% (170) were graduating students of the medical course. The majority of caregivers were female (78.2%)

In relation to descriptive statistics, frequencies, measures of central tendency, dispersion measures and association measures were determined according to the characteristics of the variables under study. In relation to the inferential statistics and after analysis of the normality of the sample distribution, using the Kolmogorov-Smirnov test, non-parametric tests were used.

Thus, for the analysis of the type of relationship between the different variables, both the intensity and the direction of this association or correlation, the Spearman correlation coefficient was used.

and Portuguese (98.18%). The average age of respondents was 36.43 years, ranging from 22 to 60 years.

In Table 1, the descriptive statistics can be observed regarding the representation of human vulnerability as well as the dimensions that compose it.

Table 1 – Results of the Human Vulnerability Representation Scale in health caregivers (HVRS) and their dimensions. 1,213 participants. Northern Portugal, Portugal, 2013.

	Mean	Median	Standard Deviation	Variance	Minimum	Maximum
HVRS	4.24	4.26	0.585	0.342	2.06	5.96
Intrinsic vulnerability	4.54	4.60	0.687	0.472	1.80	6.00
Extrinsic vulnerability	3.76	3.75	0.683	0.663	1.00	6.00
Experience	4.14	4.19	0.749	0.560	1.19	6.00
Perception	4.52	4.55	0.675	0.456	1.73	6.00

We can verify that, in relation to the Scale, the average of the results was 4.24. There was, however, a wide range of results spanning from 2.06 to 5.96. In general, item 48 “*The fragility of*

the sick person manifests itself both physically and socially or psychologically” is highlighted as the one that obtained the best result average among all the groups studied, and item 20 “*The*

frequent reminder that I can be struck by death conditions my way of life" had the lowest result average in all groups as well. Looking at the dimensions, we found that the "knowledge of intrinsic vulnerability", which refers to situations of vulnerability resulting from factors such as disease, aging, finitude, is the one that obtained the best results. Regarding the items with the highest average, item 3 "Vulnerability is part of the constitutive reality of the human being; it is the universal condition of humanity" was highlighted.

The "knowledge of extrinsic vulnerability" dimension, which refers to situations of vulnerability resulting mainly from exposure to others, to society, is where the lowest results were found (3.76). Item 15 "Exposure to the

vulnerability of the other arouses feelings of fragility" was the one that obtained the best results in all groups. Item 9 "The vulnerability is exposure to outrage, that is, to insult, aggression, humiliation" was what presented the lowest results. Regarding the "experience of vulnerability" the average found was (4.14) and item 19 "Several times, illness or loss of capacity led me to think about personal fragility", obtained the best results. Finally, the "Vulnerability Perception" obtained quite high averages (4.52), especially item 48, which was already indicated as the one that obtained a higher average of results in general. In Table 2, we can observe the descriptive statistics regarding the Care Attributes Scale as well as the dimensions that compose it.

Table 2 – Results of the Caring Attributes Scale (CAS) and its dimensions. 1,213 participants. Northern Portugal, Portugal, 2013.

	Mean	Median	Standard Deviation	Variance	Minimum	Maximum
CAS	4.33	4.42	0.408	0.167	2.04	5.00
Advocacy	4.49	4.55	0.499	0.250	1.89	5.00
Communication	4.54	4.71	0.487	0.237	2.00	5.00
Involvement	4.49	4.75	0.753	0.568	1.00	5.00
Learning	3.72	3.75	0.691	0.477	1.25	5.00

It is possible to verify that, in total as well as in the dimensions, the obtained values are relatively close both in the measures of central tendency as well as in the measures of dispersion, with the exception of the dimension "learning to care" whose results moved away from the rest. The highest average was obtained in "caring communication" followed by "advocacy" and "Involvement in caring". The general scores

obtained range from 2.04 (minimum value obtained) to 5.00 (maximum value obtained). In relation to items with more extreme scores, we can verify that the item with the highest average obtained was item 18, "I am Caring when I am working in collaboration with colleagues to ensure the continuity of care" and the item with lowest average was 23 "Health professionals learn about caring in schools." Looking, now,

to look more closely at the different dimensions that make up this scale we can see that "communication of caring" is one that, in the overall results, obtained a higher average. Item 8, "Caring is to communicate with the patient", had the best result. Item 4 "I'm taking care of myself when I touch the patient when he needs comfort" had the lowest result.

In "advocacy", the previously mentioned item 18 should be highlighted because it had the highest average, and item 16 "Caring is to speak on behalf of the patient when the health professional realizes that something harmful (for the patient) might be done" was the item in which had a lower average in all groups.

Regarding "involvement in care", we can verify that item 3 "I am taking care of myself when I am avoiding the patient" is the one that

obtained a highest average in the four groups analyzed. Item 19 "I am taking care when I do not involve the patient in the planning of his care" appeared as the lowest result in this dimension.

It is important to note that all items in this dimension are written in the negative, so that their results have been reversed so that they are in the same sense thought whole scale. Finally, looking at the results of "Learning to Care", we can easily see that we are dealing with the dimension in which the results are lower. It consists of a set of items that seek to evaluate the way in which the learning to care can be carried out. In order to analyze the effect of the representation of human vulnerability and the dimensions that compose it in the valuation of the attributes of caring, we focus on Table 3.

Table 3 – Spearman correlation coefficient between the Human Vulnerability Representation Scale (HVRS) and its dimensions, and the Caring Attributes Scale (CAS) and its dimensions. 1,213 participants. Northern Portugal, Portugal, 2013.

	CAS	Advocacy	Communication	Involvement	Learning
HVRS	0.296*	0.243*	0.284*	0.183*	0.175*
Intrinsic vulnerability	0.298*	0.272*	0.249*	0.228*	0.131*
Extrinsic vulnerability	0.155*	0.150*	0.154*	0.033	0.125*
Experience	0.218*	0.161*	0.209*	0.141*	0.143*
Perception	0.333*	0.279*	0.324*	0.210*	0.162*

*Significância estatística (p-valor < 0.01)

We can observe statistically significant Spearman correlation coefficient values (p<0.01) for all of the scales, except for the relation between the knowledge of extrinsic vulnerability and the involvement of care dimensions; where the values have no statistical

significance. Therefore, in general, we can affirm that the higher the classification obtained in the representation of human vulnerability, the greater their appreciation is for the attributes of care. Looking at the relationships between the different dimensions, the correlations between

the patient's vulnerability perception and the communication and advocacy dimensions of the Care Attributes Scale ($r = 0.324$; $p < 0.01$ and $r = 0.279$; $p < 0.01$ are highlighted, respectively)

stand out, along with the correlations between the theoretical knowledge of intrinsic vulnerability and the abovementioned dimensions ($r = 0.272$; $p < 0.01$ and $r = 0.249$; $p < 0.01$, respectively).

DISCUSSION

During the data collection, the researchers' first realization concerning the results was that caregivers have the notion that being human is being vulnerable and that this is an inseparable reality from their existence, therefore, the statement "*Vulnerability is part of the constitutive reality of the human being; is the universal condition of humanity*" is the statement that obtained the greatest degree of agreement. These findings are in line with those obtained in a study entitled "*The Meaning of Vulnerability to Nurses Caring for Older People*",⁹ which was carried out with about 16 nurses, in which the main answer about what the meaning of vulnerability was "being human", thus, revealing the awareness of this reality. The results show a greater representation of the situations of intrinsic vulnerability, that is, with the personal and individual aspects that can lead the caregivers to feel more fragile, weak, vulnerable. It is, therefore, very much linked to the possibility of becoming ill, of aging, of not being self-sufficient, or of suffering any accident. On the other hand, the knowledge of extrinsic vulnerability, that is, that which does not result from their individual constitution, but from their exposure to others, to the behavior of others, to society, to culture, is less present and is even the dimension where results show a lesser degree of agreement^{6,9}.

The experience of vulnerability results mainly from episodes of personal illness, debilitation or aging, demonstrated in the items: "*At times the illness or loss of capacities led me to think of personal fragility*"; "*Faced with the disease, given the uncertainty of the diagnosis, I feel particularly vulnerable.*" It may also appear to be very much associated with the same type of episodes when experienced by people close to them. In this sense, the high values found in the statement "*The exposure*

to the vulnerability of others rouses feelings of vulnerability" confirms the idea that the presence of vulnerability of others can provoke vulnerability. This result was also found in the study "The meaning of care for the nursing professionals team", carried out with nurses who provide assistance in institutions that care for the elderly, where they identified that these nurses felt vulnerable due to their exposure and facing the vulnerability experienced by the patients¹². Another aspect demonstrated by the results is that the dimension the perception of vulnerability achieved very high results, only surpassed by the knowledge of the intrinsic vulnerability, which shows that, in general, caregivers are able to identify which situations cause vulnerability in the patients they care for.

Regarding the attributes of caring, the importance ascribed to communication stands out by being the dimension where the averages obtained were higher and are well seen in the results of the statement "*Caring is communicating with the patient*". Caregivers demonstrate concern about the need to develop the process of communication with the patient, valuing the contact with them either through conversation, dialogue (verbal) or even touch (non-verbal), as seen in several studies^{12,13}. In the previously mentioned study on "*The meaning of care for professionals' nursing team*"¹² it was possible to observe the association of care with verbal and non-verbal communication, since care manifests itself through conversation, with the intention of transmitting tranquility, affection, comfort, safety, attention and well-being¹². The value of communication between caregivers and patients was also observed in the study "*Caring attributes, professional self-concept and technological influences*" carried out with nurses from eleven countries on the attributes of caring, in which the five statements related

to caregiver-patient communication were the ones that obtained higher levels of agreement, considered this a fundamental point for the establishment of a true relationship of help or of care¹³.

Regarding the issue of caring, "advocacy" and "involvement" were noted as results with the highest averages. When talking about "advocacy", these are aspects related to the quality of care provided, with two important ideas: the technical competency, "skills" and acquired knowledge, necessary for the "attending" to the needs of the patient, and the sense of the professional to assume the role of the "defender", the lawyer of the patient placing him at the top of the hierarchy, in the priority of their performance⁶. Regarding the results, we found that the idea of technical competence, for quality in the care performed, obtained higher values, demonstrating, therefore, items such as "complication prevention", "knowing what to do in an emergency" or even valuing the articulation of teamwork.

Regarding "involvement of care", it was very evident in the study that caregivers understand that care cannot be given without looking at the patient, facing the patient or being absent from the whole process, which was seen in several studies^{14,15} stating that it is imperative to recognize the need for patient involvement in health care. There was, however, a curious fact that arose from the analysis of the statement "I am caring when I do not involve the patient in the planning of his/her care". After inversion of the results, this statement obtained a lower average in this dimension, seeming to demonstrate that, despite the defense of the patient's involvement, there are still some difficulties regarding adopting a practice of "shared" or "joint" decisions, especially when it concerns planning, choosing and performing care, which is based on studies that point out that medical paternalism still has a very statistically significant presence¹⁶, or in the sense of the needing to work the shared decision more and, thus, involve the patient.

The dimension of "learning to care" was aimed at pedagogical reflection on caring, trying to understand how caregivers understand how it develops. When we looked at the results of this dimension, we found that they

were lower than all other dimensions, which shows, initially, that although "caring" is a central concern of the health professions, is far from obtaining a consensus on the best way to "teach" or "learn" it.

With regard to the starting hypothesis about the relationship between the "representation of human vulnerability" and "caring", there was a positive relation between the representation of vulnerability and the appreciation of the caring attributes; which means that a greater or more complete representation of human vulnerability corresponds to a greater appreciation of the attributes of care, and this relationship was significant for all the dimensions of care (communication, advocacy, involvement and learning).

The most relevant relationship arises with the dimension of "communication of care", indicating that the greater representation of vulnerability provides a greater sensitivity for respecting the individuality of the patient, for the development of a relationship based on empathy, dialogue, proximity, thus revealing a greater appreciation of the dignity of the sick person. These results are in line with those obtained in other studies^{17,18,19} where they concluded that the experience of vulnerability can be used positively, especially in situations where the meeting of "common points" can lead to a greater sense of identification, increasing the professional's capacity of understanding the patient, that is, improving their empathetic capacity. It is also in this sense that the study, entitled "Bearing witness to suffering: the lived experience of nursing students", states that students that "face a suffering patient are able to concentrate on what the patient needs. When students come face to face with patients, they feel it is their responsibility and respond"¹⁷ more effectively.

Overall, the main findings of this study are in line with the study by Dijker with 248 students of the health sciences course, in a study entitled "Perceived vulnerability as a common basis of moral emotions", in that individuals are especially prone to arousing moral emotions when they perceive themselves as vulnerable. According to this study, the perception of active vulnerability is a mechanism that awakens tendencies of caring and protection,

and it is in the light of these tendencies that changes in the well-being of the subject being care for are evaluated and causally attributed. In their results, it is clear the establishment of at least a relationship between the perception of vulnerability and a moral emotion of empathy, that is, a relationship between perceived vulnerability and the development of feelings of protection¹⁸.

In the other dimensions of care, there is a positive relationship, like in caring, such as "advocacy", "involvement" and "learning". The results show that a better representation of human vulnerability increases the concern with the quality of the care provided, with the patient's own defense, assuming the role of his "lawyer" and still with the technical skills.

It seems that vulnerability may be an ally in order for the professional to give more attention to the patient, to assign him greater importance, to involve him in the planning of care and to make him feel like the priority of care provided.

CONCLUSION

Based on the objective of characterizing the representation of the Human Vulnerability of the caregivers studied, we can conclude that the theoretical knowledge of the representation of vulnerability is based mainly on intrinsic vulnerability. Most caregivers associate this concept with the observation of their limitations, their finitude, the situations of illness, aging or exposure to natural catastrophes. Their vulnerability experiences are also based on these two forms of vulnerability, emphasizing that they can arise in two ways: one that directly affects them, "from the self", in their own body, in their mind or in their spirit, from which the caregivers emphasize cases of their own illness or the signs of aging, and another, "from the other", which results from exposure to the suffering of those who are close to them, especially stressing contact with suffering or the loss of people who are loved. Lastly, and in keeping with the previous idea about the perception of patient vulnerability, the results

Finally, to highlight the strengths and limitations of the study is also intended. As a strong point, originality is highlighted in the type of methodology chosen to deal with two themes, such as vulnerability and caring, usually more present in studies of a qualitative or purely phenomenological nature. Therefore, this theoretical relationship was confirmed for the first time in statistical results. There are two main limitations: the result of the required cultural adaptations, in which the questionnaire of the attributes of care reduced the number of items that constituted it, thus preventing a more detailed analysis of the effects of the representation of vulnerability in care, perhaps justifying the inclusion of new items on this scale in a future study; and the other limitation was derived from the type and size of the sample, mainly in some groups (medical students and physicians), which prevents the results from being generalized, an effect that can be attenuated with the replication of the study.

show, above all, the identification of the physical and psychological changes caused by the disease, that is, the signs in the body and in the spirit inflicted by the disease.

The results also allow us to understand that, both from the experience of vulnerability and from the perception of patients' vulnerability, caregivers also bear in mind the idea of an extrinsic vulnerability, often based on ethical, social and cultural vulnerability. The first, essentially by the awareness that from the contact with the other (sick) the possibility of suffering or of causing harm, of being hurt or hurting, of being a victim or vehicle of evil can arise, but, also, by their inherent responsibility of being a caregiver, their duty to care for the fragile, vulnerable one. The second, manifested mainly by the reality of social injustices, unfair treatments, the marked loneliness and the distance from the routines, family and social experiences that, in the opinion of caregivers, decisively marks the life of the sick subject.

Finally, the cultural vulnerability is practically identified with the situations of ignorance, misinformation or even total absence of information of the patients in relation to their clinical situation.

When looking at health care, understanding if caregivers valued “caring” and what the most important caring attributes in their practice were sought. The first conclusion that can be drawn is that, in general, caregivers value caring by emphasizing a particular appreciation of the “communication” of care and, consequently, the importance of communicating with the patient, of establishing a human and effective, close therapeutic relationship promoted by the development of empathy. The “advocacy” and “involvement” dimensions, although to a lesser extent, also achieved high results which indicate the appreciation of both the quality of care and technical skills as well as the need to involve the patient in their care, bestowing upon them the “empowerment” required. The “learning” dimension was shown to be the

least valued, essentially demonstrating a great distribution on the best way of learning to care.

Finally, arriving at the central question of this study: to know the influence of the representation of the human vulnerability in the appreciation of the attributes of care. The results found lead us to the conclusion that the representation of human vulnerability influences, in a positive way, the appreciation of health care, being that this influence is registered in all dimensions and in all the groups of caregivers studied. It seems to us, therefore, to conclude that the representation of human vulnerability can condition changes in the delivery of health care, in the clear sense of adopting the “caring” paradigm. Therefore, we point to the same direction as other authors, mentioned above, in the defense of vulnerability as a vehicle for an authentic nursing practice, as the basis of an attitude of caring that transports us to an I-you or I-other relationship in that the other is a human being that cannot be reduced to a simple disease.

REFERENCES

1. Heaslip V, Board M. Does nurses vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*. [Internet]. 2012 [cited April 7,2017]; 21 (15):914-916. Available from: <http://eprints.bournemouth.ac.uk/20505/>
2. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 599-613. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>
3. Teixeira GG, Chanes M. Humanization strategies for childbirth care used by hospitais that won the Galba de Araújo award: meritory initiatives, rewarded initiatives. *O Mundo da Saúde*. [Internet]. 2003; [cited April 7,2017] 27(2), 270-3. Available from:[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)105.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)105.pdf)
4. Todres L., Galvin KT., Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. [Internet]. 2009.[cited April 7,2017]; 4: 68-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17482620802646204>
5. Almeida DV. Humanization of health care: a reflexive theoretical essay based on the philosophy of Emmanuel Lévinas. *Text Context Nursing*. 2014. Jul-Set; 23(3): 767-75. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000340013>
6. Almeida CMT, Rodrigues VMCP, Escola JJJ. The representations of human vulnerability held by health workers: development and validation of a scale. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2013; 21 (Spec): 29-37. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700005>
7. Liv,Y,Chiang,HH. From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017, 31:30-36. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.09.002
8. Jansen, K, Ruths, S, Malterud, K, Schaufel,MA. The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: A focus group study. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99(12):2043-2048. DOI: 10.1016/j.pec.2016.07.016
9. Stenbock-Hult B, Sarvimäki A. The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nurs Ethics*. 2011; 18(1): 31-41. doi: 10.1177/0969733010385533.
10. Almeida CMT, Almeida FNAS, Escola JJJ, Rodrigues VMCP. The technological influence on health professionals’ care: translation and adaptation of scales. *Rev. Latino Am. Enferm*. 2016; 24: 19. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0990.2681>.
11. Arthur D., Pang S., Wong T. Caring in context: caring practices in a sample of Hong Kong nurses. *Contemporary Nurse*. 1998; 7: 198-204. doi:<http://dx.doi.org/10.5172/conu.1998.7.4.198>

12. Baggio M.A. The meaning of care for professionals' nursing team. *Rev. Eletrônica Enferm.* [Internet]. 2006 [cited April 7,2017] ; 08(01): 09-16. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
13. Arthur D, Pang S, Wong T, Alexander MF, Drury J, Eastwood H, et al. Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *Int. J. Nurs. Stud.* 1999; 36(5): 387-396. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00035-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00035-8)
14. Elwyn G, Edwards A, Kinnersçey P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* [Internet].1999 [cited April 7,2017]; 49: 477-482. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313449/>
15. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and developemtn of health care. *Br Med J.* 2002; 325: 1263. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1263>
16. Trindade ES, Azambuja L, Andrade J, Garrafa V. The physician when facing diagnosis and prognosis of advanced cancer. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(1): 68-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000100023>.
17. Sharon E. Bearing witness to suffering: the lived experience of nursing students. *J Nurs Educ.* 2003; 42(2): 59-67. doi: 10.3928/0148-4834-20030201-06
18. Dijker AJM. Perceived vulnerability as a common basis of moral emotions. *Brit J Soc Psycho.* 2010; 49(2): 415-423. doi: 10.1348/014466609X482668
19. Malterud K, Fredriksen L, Gjerde MH. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients: a focus-group study from general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27(2): 85-90. doi: 10.1080/02813430802661811.

A relação entre a vulnerabilidade humana e o cuidar em saúde: um estudo com profissionais e estudantes da área da saúde

Carlos Manuel Torres Almeida*
Vitor Manuel Rodrigues*

Resumo

Existem, na atualidade, muitos apelos para a adoção de cuidados de saúde mais humanos e, por isso, assentes no paradigma do “Cuidar”. Um dos caminhos apontados passa pela valorização da compreensão da vulnerabilidade humana sobretudo quando ela surge associada à doença. Assim, este estudo consiste em perceber de que modo a representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores de saúde influencia a sua prática do cuidar. Aplicou-se a Escala de Representação da Vulnerabilidade Humana em cuidadores de saúde (ERVH) e a Escala dos Atributos do Cuidar adaptada (CAQ) a uma amostra composta por 1213 cuidadores (médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e estudantes de enfermagem). Foi realizada análise estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central) e inferencial (testes não paramétricos, coeficiente de correlação Spearman). Os resultados confirmam uma relação positivas entre as duas variáveis em estudo pois os cuidadores com médias mais elevadas na escala da representação da vulnerabilidade humana têm médias mais elevadas na escala dos atributos do cuidar. Ou seja, quanto maior a representação da vulnerabilidade humana, maior a valorização do cuidar. Esta realidade é válida para todas as dimensões das escalas. A experiência da vulnerabilidade permite ao profissional uma melhor compreensão do doente, facilita o desenvolvimento da empatia e desperta os cuidadores para a necessidade da melhoria da qualidade dos cuidados. Concluiu-se que a representação da vulnerabilidade humana pode ser o motor para a adoção de um paradigma baseado no “Cuidar”, pelo que, seria importante, no futuro próximo, desenvolver intervenções relacionadas com a vulnerabilidade capaz de transformar os futuros cuidadores em veículos humanização.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Médicos. Enfermeiros. Vulnerabilidade em saúde.

INTRODUÇÃO

Na atualidade existem imensos pareceres e estudos de organizações que trabalham em defesa dos pacientes e da qualidade dos cuidados de saúde que apresentam resultados muito críticos para os profissionais de saúde, parecendo querer alertar para o facto de estes apresentarem dificuldades em exercer o seu papel de Cuidador¹. Neste sentido profissionais, formadores e clientes do sistema de saúde, defendem uma intervenção dos cuidados de saúde centrada no “sujeito dos cuidados”, no doente. Recomenda-se uma visão holística que permita a assunção da pluridimensionalidade e unicidade de cada homem/mulher “sujeito” de cuidados, defendendo, assim, um modelo centrado no cuidar humanizado.

Quando se fala em Cuidar humanizado procuram-se situações em que, para além de

se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, se procura, também, reconhecer os direitos do doente², respeitar a sua individualidade³, a sua dignidade^{2,4}, a sua autonomia⁴, a sua subjetividade⁴, e sem esquecer o reconhecimento do profissional também como ser humano⁵. No entanto, a realidade dos cuidados é muitas vezes diferente. A excessiva tecnicização dos cuidados de saúde fez ressurgir mitos como o da imortalidade, ou ideias de onipotência nos profissionais de saúde, dificultando a aceitação das suas limitações, contribuindo, ainda, para esquecimento da fragilidade e finitude própria de cada Ser Humano⁶.

Sendo assim, formula-se o seguinte questionamento: Como recuperar o Cuidar Humanizado?

DOI: 10.15343/0104-7809.201842049921011

*Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Escola Superior de Saúde- Vila Real, Portugal.
E-mail: calmeida@utad.pt

Um ponto importante do cuidado humanizado é considerar a vulnerabilidade humana, até porque do ponto de vista teórico a vulnerabilidade humana representa a base do cuidar, ou seja, é porque o ser humano é vulnerável que se torna imperioso cuidá-lo ao longo da sua vida e, neste sentido acredita-se que a compreensão da vulnerabilidade da pessoa doente, talvez possa ser o caminho para o exercício de cuidados verdadeiramente humanos. Vulnerabilidade e Cuidado enquanto fenômenos intrinsecamente ligados são, portanto, as variáveis centrais do estudo que pretendemos realizar.

A associação entre estas variáveis e a sua importância nos cuidados de saúde é feita com alguma frequência em reflexões teóricas, mas do ponto de vista da investigação surge, apenas, em alguns estudos qualitativos realizados com profissionais de saúde^{1,7,8,9}, apresentando resultados que encontraram associações entre elas. Nesse sentido, entende-se que valeria a pena aprofundar esta temática, tentando de alguma forma, fazê-lo de modo inovador ao introduzir uma metodologia quantitativa que permite um estudo mais amplo e generalizado.

Atendendo ao que foi referido, o objetivo deste estudo foi caracterizar a representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores de saúde (Enfermeiros, Médicos e estudantes finalistas destes dois grupos profissionais) e analisar a valorização dos atributos que, na ótica de vários autores, representam o “Cuidar” Humanizado nos cuidadores estudados no sentido de confirmar, ou não, a hipótese de que a uma maior representação da vulnerabilidade humana corresponde uma maior valorização desses atributos do cuidar.

METODOLOGIA

Esta é uma investigação exploratória de caráter quantitativo, tratando-se de um estudo correlacional, preditivo e transversal. A população alvo constou dos dois grupos profissionais que lidam mais de perto com os pacientes, isto é, médicos e enfermeiros, em dois momentos distintos do seu percurso:

em formação (alunos finalistas e, por isso, já com experiência de estágios) e em atividade profissional. Para o efeito foram utilizadas duas escalas como instrumentos de colheita de dados: Escala de Representação da Vulnerabilidade Humana em cuidadores de saúde (ERVH)⁶, e Escala dos Atributos do Cuidar (adaptada)¹⁰, precedidas de um pequeno questionário para caracterização sociodemográfica.

A Escala de Representação da Vulnerabilidade Humana em cuidadores de saúde é constituída por 50 itens distribuídos pelas 4 dimensões: Conhecimento teórico da vulnerabilidade intrínseca (CVI); Conhecimento teórico da vulnerabilidade extrínseca (CVE); Experiência da vulnerabilidade (EV) e Perceção de situações de vulnerabilidade (PV). Os itens são apresentados para autopreenchimento numa escala de nível de concordância, com uma amplitude de resposta de seis opções, variando entre “discordo totalmente”, “discordo bastante”, “discordo parcialmente”, “concordo parcialmente”, “concordo bastante” e “concordo totalmente”, cotadas de 1 a 6 pontos. A consistência interna da escala neste estudo foi na sua globalidade excelente (Alfa Cronbach = 0,936). Os resultados da escala encontram-se a partir do somatório dos itens a dividir pelo número de itens, variando assim entre 1 e 6.

A Escala dos Atributos do Cuidar (adaptada) resulta da adaptação do original *Caring attributes Questionair (CAQ)*¹¹. Esta versão adaptada é composta por 24 itens divididos por 4 dimensões do Cuidar: *Advocacy* (EA); Comunicação do Cuidar (ECC); Envolvimento do cuidar (EEC) e aprendizagem do cuidar (EAC). É um instrumento que utiliza uma escala de concordância, sendo que para cada item existe uma amplitude de resposta de 5 opções, variando entre “discordo”, “tendo a discordar”, “incerto”, “tendo a concordar” e “concordo”, cotadas de 1 a 5 pontos. A consistência interna da escala neste estudo foi na sua globalidade boa (Alfa Cronbach = 0,880). Tendo em conta que a distribuição dos itens pelas escalas é feita de uma maneira heterogénea, os resultados finais, quer da escala total quer das dimensões, é encontrado a partir do somatório dos itens a dividir pelo número de itens.

A amostra foi constituída por 1213 cuidadores de saúde em Portugal. Tendo em conta os critérios de inclusão no estudo optámos por uma amostragem não probabilística de conveniência. A recolha de dados decorreu entre junho de 2012 e abril de 2013 e foi efetuada presencialmente ou online de acordo com as autorizações obtidas das diferentes instituições. Relativamente aos procedimentos éticos, a participação no estudo foi de caráter voluntário, tendo sido garantido a confidencialidade dos resultados e o anonimato dos respondentes. O estudo foi validado pela comissão de ética de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal em 27/06/2012.

Em relação à estatística descritiva, determinaram-se frequências, medidas de tendência central, medidas dispersão, medidas de associação, de acordo com as características das variáveis em estudo. Em relação à estatística inferencial e após análise da normalidade da distribuição amostral, a partir da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, utilizaram-se testes não paramétricos.

Assim, para análise do tipo de relação existente entre as diferentes variáveis, quer a intensidade e a direção desta associação ou correlação, utilizamos o coeficiente de correlação *Spearman*.

RESULTADOS

A amostra final engloba 1213 cuidadores de saúde, sendo que 39,8% (483) da nossa amostra é constituída por enfermeiros, 33% (400) são alunos finalistas do curso de licenciatura em enfermagem, 13,2% (160) são médicos e 14% (170) são alunos finalistas do curso de medicina. A grande maioria dos cuidadores é

do sexo feminino (78,2%) e de nacionalidade Portuguesa (98,18%). A média de idade dos respondentes é de 36,43 anos, variando entre os 22 e os 60 anos. Na Tabela 1, podemos observar a estatística descritiva referente à representação da vulnerabilidade humana bem como às dimensões que o compõem.

Tabela 1 – Resultados da Escala de Representação da Vulnerabilidade Humana em cuidadores de saúde (ERVH) e suas dimensões. 1.213 participantes. Zona Norte de Portugal, Portugal, 2013

	Média	Mediana	Desvio padrão	Variância	Mínimo	Máximo
ERVH	4,24	4,26	,585	,342	2,06	5,96
Vulnerabilidade intrínseca	4,54	4,60	,687	,472	1,80	6,00
Vulnerabilidade extrínseca	3,76	3,75	,683	,663	1,00	6,00
Experiência	4,14	4,19	,749	,560	1,19	6,00
Perceção	4,52	4,55	,675	,456	1,73	6,00

Podemos verificar que, em relação à Escala, a média dos resultados se situa em 4,24. Há, no entanto, uma grande amplitude de resultados que vão desde 2,06 até 5,96.

No geral, destaca-se o item 48 “A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente” como o que obtém a melhor média de resultados em

todos os grupos estudados, e o item 20 “A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver” que obtém a média de resultados mais baixa também em todos os grupos. Olhando por dimensões verificamos que o “conhecimento da vulnerabilidade intrínseca”, que se refere a situações de vulnerabilidade de resultantes de fatores como doença, envelhecimento, finitude, é a que obtém melhores resultados.

Em relação aos itens com média mais alta realça-se o item 3 “A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do ser humano; é condição universal da humanidade”. A dimensão “conhecimento da vulnerabilidade extrínseca” que se refere a situações de vulnerabilidade de resultam sobretudo da exposição, ao outro, à sociedade, é onde se encontram os resultados mais baixos, (3,76).

O item 15 “A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de fragilidade” é o que obtém melhores resultados em todos os grupos.

O item 9 “A vulnerabilidade é exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação” é o que surge com menores resultados. Em relação à “experiência de vulnerabilidade” a média encontrada é (4,14) e o item 19 “Por várias vezes, a doença ou a perda da capacidade levaram-me a pensar na fragilidade pessoal”, foi o que obteve melhores resultados. Por fim, a “Percepção da vulnerabilidade” obtém médias bastante altas (4,52) destacando-se o item 48, já indicado como aquele que obtém uma média mais alta de resultados no geral.

Na Tabela 2, podemos observar a estatística descritiva referente à Escala dos atributos do cuidar bem como às dimensões que o compõem.

Tabela 2 - Resultados da Escala dos atributos do Cuidar (CAQ) e suas dimensões. 1.213 participantes. Zona Norte de Portugal, Portugal, 2013

	Média	Mediana	Desvio padrão	Variância	Mínimo	Máximo
CAQ	4,33	4,42	,408	,167	2,04	5,00
Advocacy	4,49	4,55	,499	,250	1,89	5,00
Comunicação	4,54	4,71	,487	,237	2,00	5,00
Envolvimento	4,49	4,75	,753	,568	1,00	5,00
Aprendizagem	3,72	3,75	,691	,477	1,25	5,00

É possível verificar que, no total bem como nas dimensões, os valores obtidos estão relativamente próximos tanto nas medidas de tendência central como nas medidas de dispersão, com exceção da dimensão da “aprendizagem do cuidar” cujos resultados se afastam um pouco dos restantes. A média mais alta é obtida na “comunicação do cuidar” seguida da “advocacy” e “Envolvimento no

cuidar”. As pontuações gerais obtidas vão de 2,04 (valor mínimo obtido) a 5,00 (valor máximo obtido). Em relação aos itens com pontuações mais extremas, podemos verificar que o item com maior média obtida é o item 18 “Estou a Cuidar quando estou a trabalhar em colaboração com colegas para assegurar a continuidade dos cuidados” e o item com menor média é o 23 “Os profissionais de saúde aprendem sobre o

cuidar nas escolas". Procurando, agora, olhar com mais atenção para as diferentes dimensões que constituem esta escala podemos ver que a "comunicação do cuidar" é aquela que, nos resultados globais obtém uma média maior. Com melhor resultado evidencia-se o item 8 "Cuidar é comunicar com o doente". Já pelos resultados mais baixos, evidenciam-se o item 4 "*Estou a cuidar quando toco o doente nos momentos em que este necessita de conforto*".

Na "*advocacy*" salientam-se o já referido item 18 com a maior média e o item 16 "*Cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe de que algo prejudicial (para o doente) poderá ser feito*" como aquele que em todos os grupos apresenta uma média mais baixa.

Em relação ao "envolvimento no cuidar" podemos verificar que o item 3 "*Estou a cuidar quando estou a evitar o doente*" é aquele que

obtem uma média mais alta nos quatro grupos analisados. Com menores resultados nesta dimensão surge o item 19 "*Estou a cuidar quando não envolvo o doente no planeamento do seu cuidado*".

É importante salientar que todos os itens desta dimensão se encontram redigidos na negativa, pelo que os seus resultados foram invertidos de modo a encontrarem-se no mesmo sentido de toda a escala. Por fim, olhando para os resultados da "Aprendizagem do Cuidar", facilmente verificamos que estamos perante a dimensão em que os resultados são mais baixos. Sendo constituída por um conjunto de itens que procuram avaliar o modo como se pode proceder à aprendizagem do cuidar.

Para analisar o efeito da representação da vulnerabilidade humana e das dimensões que a compõem na valorização dos atributos do cuidar centremo-nos na Tabela 3.

Tabela 3 – Coeficiente da correlação de Spearman entre a Escala de Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) e suas dimensões e a Escala dos atributos do Cuidar (CAQ) e suas dimensões. 1213 participantes. Zona Norte de Portugal, Portugal, 2013

	CAQ	Advocacy	Comunicação	Envolvimento	Aprendizagem
ERVH	,296*	,243*	,284*	,183*	,175*
Vulnerabilidade intrínseca	,298*	,272*	,249*	,228*	,131*
Vulnerabilidade extrínseca	,155*	,150*	,154*	,033	,125*
Experiência	,218*	,161*	,209*	,141*	,143*
Perceção	,333*	,279*	,324*	,210*	,162*

*Significância estatística (p-valor < 0,01)

Podemos observar valores de coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativos (p>0,1) para o total das escalas com exceção na relação entre a dimensão do conhecimento da vulnerabilidade extrínseca e o envolvimento do cuidar, onde os valores não

têm significado estatístico. Neste sentido, de um modo geral, podemos afirmar que quanto maior a classificação obtida na representação da vulnerabilidade humana, maior é a valorização dos atributos do cuidar.

Olhando para as relações entre as

diferentes dimensões salienta-se as correlações encontradas entre a percepção da vulnerabilidade da pessoa doente com as dimensões comunicação e *advocacy* da Escala dos atributos do cuidar ($r=0,324$; $p>.01$

e $r=0,279$; $p>.01$, respetivamente), e ainda, as correlações entre o conhecimento teórico da vulnerabilidade intrínseca e as dimensões atrás referidas ($r=0,272$; $p>.01$ e $r=0,249$; $p>.01$, respetivamente).

DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados, a primeira percepção dos pesquisadores sobre os resultados, foram que os cuidadores têm a noção de que ser humano é ser vulnerável e que esta é uma realidade indissociável da sua existência, neste sentido a afirmação “A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do ser humano; é condição universal da humanidade” é aquela que obtém maior grau de concordância. Estes achados vêm ao encontro aos obtidos num estudo intitulado “*The meaning of vulnerability to nurses caring for older people*”⁹, realizado com cerca de 16 enfermeiros, em que a principal resposta obtida sobre qual o significado de vulnerabilidade foi “*being human*” – “ser humano”, revelando assim a consciência desta realidade. Os resultados mostram uma maior representação das situações de vulnerabilidade intrínseca, ou seja, com os aspetos pessoais e individuais que podem levar os cuidadores a sentir-se mais frágeis, fracos, vulneráveis. Está, por isso, muito ligado à possibilidade de adoecer, de envelhecer, de não ser autossuficiente, ou de sofrer qualquer acidente. Já o conhecimento da vulnerabilidade extrínseca, ou seja, daquela que não resulta da sua constituição individual, mas sim da sua exposição ao outro, aos comportamentos do outro, à sociedade, à cultura, está menos presente e é, inclusive, a dimensão onde os resultados demonstram um menor grau de concordância^{6,9}.

A experiência de vulnerabilidade resulta sobretudo de episódios de doença pessoal, enfraquecimento ou envelhecimento, evidenciado nos itens: “Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal”; “Perante a doença, perante a incerteza do diagnóstico sinto-me particularmente vulnerável”. Ou então pode

também aparecer muito associada ao mesmo tipo de episódios quando vividos por pessoas próximas. Neste sentido, os valores elevados encontrados na afirmação “A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de vulnerabilidade” confirmam a ideia de que a presença da vulnerabilidade alheia pode provocar vulnerabilidade própria, resultado também encontrado no estudo “*The meaning of care for professionals’ nursing*” realizado com enfermeiros que prestam cuidados em instituições de acompanhamento de idosos, em que se identificou que esses enfermeiros se sentiam vulneráveis em função da sua exposição e confronto com a vulnerabilidade experimentada pelos doentes¹². Outro aspeto demonstrado pelos resultados, é que a dimensão percepção da vulnerabilidade obtém resultados bastante elevados, apenas superados pelo conhecimento da vulnerabilidade intrínseca, o que demonstra que, na generalidade, os cuidadores são capazes de identificar quais as situações que provocam vulnerabilidade nos doentes que cuidam.

Em relação aos atributos do cuidar, sobressai a importância atribuída à comunicação, sendo esta a dimensão onde as médias obtidas são mais elevadas e que fica bem demonstrado nos resultados da afirmação “Cuidar é comunicar com o doente”. Os cuidadores demonstram a preocupação com a necessidade de desenvolver o processo comunicacional com o doente, valorizando o contacto com ele, quer através da conversação, do diálogo (verbal) quer do próprio toque (não verbal), indo, assim, ao encontro de vários estudos^{12,13}. No estudo citado anteriormente sobre “*The meaning of care for professionals’ nursing*”¹² foi possível perceber a associação do cuidado à comunicação

verbal e não-verbal, pois o cuidado manifesta-se por meio da conversa, do toque, com a intencionalidade de transmitir tranquilidade, carinho, conforto, segurança, atenção e bem-estar¹². A valorização da comunicação entre cuidadores e pacientes também foi observada no estudo "*Caring attributes, professional self-concept and technological influences*" realizado com enfermeiros de onze países sobre os atributos do cuidar, no qual as cinco afirmações relacionadas com a comunicação cuidador- doente foram as que obtiveram níveis de concordância mais elevados, sendo este considerado um ponto fundamental para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda ou relação de cuidado¹³.

Sobre a questão do cuidar enquanto "*advocacy*" e "envolvimento" nota-se resultados com médias altas. Quando se fala de "*advocacy*" trata-se de aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados, havendo duas ideias importantes: as competências técnicas, "habilidades" e conhecimentos adquiridos, necessários para o "atendimento" às necessidades do doente, e o sentido do profissional assumir o papel do "defensor", do advogado do doente colocando-o no topo da hierarquia, na prioridade da sua atuação⁶. Em relação aos resultados, verificamos que a ideia da competência técnica, da qualidade nos cuidados executados, obtém valores mais elevados evidenciando, por isso, itens como a "prevenção de complicações", o "saber que fazer numa emergência" ou mesmo na valorização da articulação do trabalho de equipa.

Sobre o "envolvimento no cuidar" fica bem evidente no estudo que os cuidadores entendem que não se pode cuidar sem olhar para o doente, contra o doente ou promovendo a sua ausência de todo o processo o que aliás vem ao encontro de vários estudos^{14,15} onde se refere que é imperioso reconhecer a necessidade do envolvimento dos doentes nos cuidados de saúde. Há, no entanto, um dado que não deixa de ser curioso e que surge da análise da afirmação "Estou a cuidar quando não envolvo o doente no planeamento dos seus cuidados" que, após a inversão dos resultados, obtém uma média mais baixa nesta dimensão, parecendo demonstrar que, apesar da defesa

do envolvimento do doente, ainda existem algumas dificuldades no que concerne à adoção de uma prática de "decisões partilhadas" ou "participadas", principalmente quando dizem respeito ao planeamento, escolha e execução de cuidados, o que vem de encontro a estudos que apontam que o paternalismo médico ainda tem uma presença estatística muito significativa¹⁶, ou no sentido da necessidade de se trabalhar mais a decisão partilhada e, portanto, o envolvimento do doente.

Quanto à dimensão "aprendizagem do cuidar", ela estava vocacionada para a reflexão pedagógica sobre o cuidar, procurando perceber de que forma os cuidadores entendem como ela se desenvolve. Quando olhamos para os resultados desta dimensão, verificamos que eles são mais baixos que todas as outras dimensões, o que demonstra, desde logo, que apesar de o "cuidar" ser preocupação central das profissões de saúde, está-se longe de obter consenso sobre a melhor forma de o "ensinar" ou "aprender".

No que diz respeito à hipótese de partida sobre a relação entre a "representação da vulnerabilidade humana" e o "cuidar", verifica-se que existe, de fato, uma relação positiva entre a representação da vulnerabilidade e a valorização dos atributos do cuidar, o que significa que a uma maior, ou mais completa, representação da vulnerabilidade humana corresponde uma maior valorização dos atributos do cuidar, sendo que essa relação tem significado para todas as dimensões do cuidar (comunicação, *advocacy*, envolvimento e aprendizagem).

A relação mais relevante surge com a dimensão "comunicação do cuidar", apontando que a maior representação da vulnerabilidade proporciona uma maior sensibilidade para o respeito pela individualidade do doente, para o desenvolvimento de uma relação de ajuda assente na empatia, no diálogo, na proximidade, revelando, dessa forma, uma maior valorização da dignidade da pessoa doente. Estes resultados vêm ao encontro dos obtidos em outros estudos^{17,18,19}, ao concluírem que a experiência da vulnerabilidade pode ser usada de forma positiva, principalmente em situações onde o encontro de "pontos comuns" pode levar a um maior sentido de identificação, aumentando no

profissional a capacidade de entendimento do doente, ou seja, melhorando a capacidade de empatia. É também neste sentido que o estudo intitulado como "*Bearing witness to suffering: the lived experience of nursing students*" aponta, ao afirmar que os estudantes "perante um doente em sofrimento, são capazes de se concentrarem naquilo que o doente precisa. Quando os estudantes estão face a face com os doentes, sentem a sua responsabilidade e respondem"¹⁷ de maneira mais eficiente.

No geral, os principais achados desta pesquisa, estão em consonância com o estudo, realizado por Dijker com 248 estudantes do curso de ciências de saúde, num estudo intitulado, *Perceived vulnerability as a common basis of moral emotions*, em que partiu da teoria de que os indivíduos são especialmente propensos a despertar emoções morais quando se percebem como vulneráveis. De acordo com este estudo, a percepção da vulnerabilidade ativa um mecanismo que desperta tendências de carinho e proteção, e é à luz dessas tendências que mudanças no bem-estar do sujeito cuidado são avaliadas e causalmente atribuídas. Nos seus resultados, surge claro o estabelecimento de, pelo menos, uma relação entre a percepção da vulnerabilidade e uma emoção moral a empatia, ou seja, uma relação entre a vulnerabilidade percebida e o desenvolvimento de sentimentos de proteção¹⁸.

Nas outras dimensões do cuidar encontra-se uma relação positiva como no cuidar como "*advocacy*", "*envolvimento*" e "*aprendizagem*". Os resultados mostram que uma melhor

representação da vulnerabilidade humana aumenta a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados, com a defesa do próprio doente, assumindo o papel de seu "advogado" e ainda com as competências técnicas; assim como, parece verificar-se que a vulnerabilidade pode ser um aliado para que o profissional dê mais atenção ao doente, que lhe atribua uma maior importância, que o envolva no próprio planeamento dos cuidados e o faça sentir-se como a prioridade dos cuidados prestados.

Por fim, pretende-se ainda salientar os pontos fortes e as limitações do estudo. Como ponto forte salienta-se a originalidade no tipo de metodologia escolhida para tratar dois temas como a vulnerabilidade e o Cuidar, habitualmente mais presentes em estudos de carácter qualitativo ou puramente fenomenológico. Desta forma, esta relação teórica viu-se pela primeira vez confirmada em resultados estatísticos.

Quanto às limitações apontam-se duas principais: a resultante das adaptações culturais exigidas, em que o questionário dos atributos do cuidar viu reduzido o número de itens que o constituíam, impedindo, desse modo, uma análise mais detalhada dos efeitos da representação da vulnerabilidade no cuidar, talvez justificando a inclusão de novos itens nesta escala num futuro estudo; e, a outra limitação derivada do tipo e tamanho da amostra, principalmente em alguns grupos (estudantes de medicina e médicos), que impede que se possam generalizar os resultados, efeito que poderá ser atenuado com a realização de replicações do estudo.

CONCLUSÃO

Partindo do objetivo de caracterizar a representação da Vulnerabilidade Humana dos cuidadores estudados podemos concluir que o conhecimento teórico da representação da vulnerabilidade é assente sobretudo na vulnerabilidade intrínseca. A maioria dos cuidadores associa o conceito à constatação das suas limitações, da sua finitude, às situações

de doença, envelhecimento ou de exposição a catástrofes naturais. Também as suas experiências de vulnerabilidade se baseiam nestas duas formas de vulnerabilidade, realçando ainda que elas podem surgir de duas formas: uma que os atinge diretamente, "a partir do eu", no próprio corpo, na mente ou no espírito, da qual os cuidadores salientam sobretudo os casos de

doença própria ou os sinais do envelhecimento, e uma outra, “a partir do outro”, que resulta da exposição ao sofrimento daquele que lhes é próximo, realçando, sobretudo, o contacto com o sofrimento ou com a perda de pessoas que são queridas. Por fim, e vindo de encontro à ideia anterior, sobre a percepção da vulnerabilidade dos doentes, os resultados evidenciam, sobretudo, a identificação das alterações físicas e psicológicas provocadas pela doença, ou seja, os sinais no corpo e no espírito infligidos pela doença.

Os resultados permitem, ainda, perceber que, quer a partir da experiência de vulnerabilidade quer a partir da percepção da vulnerabilidade dos doentes, os cuidadores também têm presente a ideia de uma vulnerabilidade extrínseca, muitas vezes assente numa vulnerabilidade ética, social e cultural. A primeira, essencialmente pela consciência de que do contacto com o outro (doente) pode surgir a possibilidade de sofrer ou de causar dano, de ser ferido ou de ferir, de ser vítima ou veículo do mal... mas, também, pela responsabilidade inerente à sua realidade de cuidador, ao seu dever de cuidar do outro frágil, vulnerável. A segunda, manifestada principalmente pela realidade das injustiças sociais, dos tratamentos injustos, pela vincada solidão e pelo afastamento das rotinas, família e vivências sociais que, na opinião dos cuidadores, marca decisivamente a vida do sujeito doente. Por fim, a vulnerabilidade cultural praticamente identificada com as situações de desconhecimento, de desinformação ou mesmo ausência total de informação dos doentes face à sua situação clínica.

Olhando para o cuidar em saúde, pretendeu-se perceber se os cuidadores valorizavam o “cuidar” e quais os atributos do cuidar mais importantes na sua prática. A primeira

conclusão que se pode tirar é que, no geral, os cuidadores valorizam o cuidar salientando uma particular valorização da “comunicação” do cuidar e, conseqüentemente, da importância de comunicar com o doente, de estabelecer uma relação terapêutica de proximidade, eficaz e humana, promovida pelo desenvolvimento da empatia. As dimensões “advocacy” e “envolvimento”, embora em menor grau, obtêm também resultados altos que indicam a valorização tanto da qualidade dos cuidados e das competências técnicas como da necessidade de envolver o doente nos seus cuidados, dotando-o do “empowerment” necessário para tal. A dimensão “aprendizagem” revelou ser a menos valorizada, demonstrando essencialmente uma grande dispersão sobre a melhor forma de aprendizagem do cuidar.

Por fim, chegando à questão central deste estudo: saber qual a influência da representação da vulnerabilidade humana na valorização dos atributos do cuidar. Os resultados encontrados levam-nos à conclusão que a representação da vulnerabilidade humana influencia de modo positivo a valorização do cuidar em saúde, sendo que esta influência se regista em todas as dimensões e em todos os grupos de cuidadores estudados. Parece-nos, assim, poder concluir que a representação da vulnerabilidade humana pode condicionar mudanças na prestação de cuidados de saúde, no sentido claro da adoção de um paradigma do “cuidar”. Desta forma, apontamos para a mesma direção de outros autores, já referidos, na defesa da vulnerabilidade como veículo para uma prática autêntica da enfermagem, como base de uma atitude de cuidar que nos transporta para uma relação eu-tu ou eu-outro, em que o outro é um ser humano que não pode ser reduzido a uma simples doença.

REFERÊNCIAS

1. Heaslip V, Board M. Does nurses vulnerability affect their ability to care? British Journal of Nursing. [Internet]. 2012 [cited April 7, 2017]; 21 (15):914-916. Available from: <http://eprints.bournemouth.ac.uk/20505/>
2. Vaitzman J, Andrade GRB. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 599-613. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>
3. Teixeira GG, Chanes M. Humanization strategies for childbirth care used by hospitals that won the Galba de Araújo award: meritory initiatives, rewarded initiatives. O Mundo da Saúde. [Internet]. 2003; [cited April 7, 2017] 27(2), 270-3. Available from:<http://bvsmms>

saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)105.pdf

4. Todres L., Galvin KT., Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. [Internet]. 2009.[cited April 7,2017]; 4: 68-77.doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17482620802646204>
5. Almeida DV. Humanization of health care: a reflexive theoretical essay based on the philosophy of Emmanuel Lévinas. *Text Context Nursing*. 2014. Jul-Set; 23(3): 767-75. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000340013>
6. Almeida CMT, Rodrigues VMCP, Escola JJJ. The representations of human vulnerability held by health workers: development and validation of a scale. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2013; 21 (Spec): 29-37. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700005>
7. Liv,Y,Chiang,HH. From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017, 31:30-36. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.09.002
8. Jansen, K, Ruths, S, Malterud, K, Schaufel,MA. The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: A focus group study. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99(12):2043-2048. DOI: 10.1016/j.pec.2016.07.016
9. Stenbock-Hult B, Sarvimäki A. The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nurs Ethics*. 2011; 18(1): 31-41. doi: 10.1177/0969733010385533.
10. Almeida CMT, Almeida FNAS, Escola JJJ, Rodrigues VMCP. The technological influence on health professionals' care: translation and adaptation of scales. *Rev. Latino Am. Enferm*. 2016; 24: 19. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0990.2681>.
11. Arthur D., Pang S., Wong T. Caring in context: caring practices in a sample of Hong Kong nurses. *Contemporary Nurse*. 1998; 7: 198-204. doi:<http://dx.doi.org/10.5172/conu.1998.7.4.198>
12. Baggio M.A. The meaning of care for professionals' nursing team. *Rev. Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2006 [cited April 7,2017] ; 08(01): 09-16. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
13. Arthur D, Pang S, Wong T, Alexander MF, Drury J, Eastwood H, et al. Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *Int. J. Nurs. Stud*. 1999; 36(5): 387-396. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00035-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00035-8)
14. Elwyn G, Edwards A, Kinnersey P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. [Internet].1999 [cited April 7,2017]; 49: 477-482. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313449/>
15. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *Br Med J*. 2002; 325: 1263. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1263>
16. Trindade ES, Azambuja L, Andrade J, Garrafa V. The physician when facing diagnosis and prognosis of advanced cancer. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(1): 68-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000100023>.
17. Sharon E. Bearing witness to suffering: the lived experience of nursing students. *J Nurs Educ*. 2003; 42(2): 59-67. doi: 10.3928/0148-4834-20030201-06
18. Dijker AJM. Perceived vulnerability as a common basis of moral emotions. *Brit J Soc Psycho*. 2010; 49(2): 415-423. doi: 10.1348/014466609X482668
19. Malterud K, Fredriksen L, Gjerde MH. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients: a focus-group study from general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27(2): 85-90. doi: 10.1080/02813430802661811.