

DOUTORAMENTO

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Fatores determinantes da cultura de segurança do doente: implicações para a prática dos enfermeiros obstetras

Cláudia Costa Brás

D

2023



Cláudia Costa Brás. Fatores determinantes da cultura de segurança do doente: implicações para a prática dos enfermeiros obstetras



D.ICBAS 2023

Fatores determinantes da cultura de segurança do doente: implicações para a prática dos enfermeiros obstetras

Cláudia Patrícia da Costa Brás

SEDE ADMINISTRATIVA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



CLÁUDIA PATRÍCIA DA COSTA BRÁS

**FATORES DETERMINANTES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO
DOENTE: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS ENFERMEIROS
OBSTETRAS**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de
Enfermagem;

Programa Doutoral da Universidade do Porto

(Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar)

Orientadora – Professora Doutora Manuela Maria da
Conceição Ferreira

Categoria – Professora Coordenadora com Agregação

Afiliação – Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto
Politécnico de Viseu, UICISA:E, Viseu, Portugal

Co-orientadora – Professora Doutora Maria do Céu Aguiar
Barbieri de Figueiredo

Categoria – Investigadora sénior

Afiliação – Departamento de Enfermagem da
Universidade de Huelva, Espanha

Escola Superior de Enfermagem do Porto e CINTESIS,
Porto, Portugal

*“Não podemos mudar a condição humana, mas podemos
mudar as condições em que os humanos trabalham”*

(Reason, 2000, p. 769)

AGRADECIMENTOS

Percorrido um longo, mas gratificante caminho, chegou o momento de reconhecidamente agradecer o apoio, colaboração e amizade de todos os que tornaram possível a concretização deste trabalho:

À Professora Doutora Manuela Ferreira, orientadora desta tese, pela competência, conhecimento e disponibilidade, sempre presentes na orientação do meu trabalho. Estou muito grata pela amizade, tranquilidade e confiança que sempre me transmitiu em todos os momentos, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis, por nunca me ter deixado perder o foco e pelo imenso respeito pelo meu ritmo de trabalho.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, coorientadora desta tese, por me ter acompanhado neste percurso com todos os seus conhecimentos, disponibilidade, motivação e pelos momentos de reflexão proporcionados, o meu sincero agradecimento.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua preciosa ajuda, disponibilidade e esclarecimento no processo de análise estatística.

Aos Enfermeiros do Centro Hospitalar e Universitário da região centro de Portugal, o meu agradecimento pela colaboração e participação nesta investigação.

Uma palavra de carinho para as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica das maternidades integradas no Centro Hospitalar e Universitário da região centro de Portugal, que participaram nos vários estudos, partilhando as suas experiências.

Às colegas da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica pelo incentivo e apoio neste percurso académico.

Ao meu Grupo Coral Santa Eulália pela compreensão nas ausências aos ensaios e eucarísticas dominicais.

Às minhas amigas e familiares que se viram privados da minha companhia em diversos momentos, um agradecimento especial por acreditarem no meu trabalho.

À Gabi e à Rita simplesmente pela verdadeira amizade - o essencial neste percurso - por estarem sempre presentes!

Ao meu irmão, cunhada e aos meus sobrinhos, pelo apoio, pela força que sempre me transmitiram, pelos ótimos momentos de amizade e pela compreensão demonstrada nas minhas ausências.

Ao Pedro, pelo amor, incentivo, paciência e carinho, pelas suas palavras nos momentos de desânimo, pela compreensão nos momentos em que estive privado da minha presença, sem nunca cobrar nada e, sobretudo por sempre acreditar em mim.

Aos meus pais pelo seu infinito apoio, amor incondicional, preocupação, por escutarem as minhas lamentações e angústias e por sempre acreditarem que eu era capaz de travar este caminho. Dificilmente encontrarei palavras suficientes para lhes demonstrar a minha gratidão e reconhecimento.

A todos os demais o meu sincero agradecimento!

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ASSOCIADA AO PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

Artigos em revistas internacionais

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte, JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2023;31:e3837; Available in: www.scielo.br/rlae. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. Rev Bras Enferm. 2023; 76(0):00-00. (aprovado para publicação, article ID 2022-0483.R1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167>

Brás CPC, Figueiredo MCAB Ferreira MMC. Cultura de segurança na prática clínica dos enfermeiros obstetras. Texto Contexto Enferm (aprovado para publicação, article ID TCE – 2022-0330.R2)

Brás, C.P., Figueiredo, M.C., Ferreira, M.M. Safety Culture in Maternity Hospital: perception of nurse midwives. Journal of Advanced Nursing (submetido e em processo de revisão, article ID JAN-2023-0231)

Brás, C.P., Figueiredo, M.C., Ferreira, M.M. Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing. Journal of Nursing Measurement (artigo submetido e em processo de revisão, article ID JNM-2023-0024)

Ferreira, M., Brás, C. (2016). Clinical Communication and Adverse Health Events: Literature Review. In & S. Cruz (Ed.), Health & Health Psychology - icH&Hpsy 2016, vol 13. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (pp. 328-335). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.32>

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem: revisão da literatura. Servir, (59), 80–81. <https://doi.org/10.48492/servir0259.23199>

Artigos em revistas nacionais

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (Handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (1), 117–124. <https://doi.org/10.29352/mill0201.10.00058>

Publicação em livros de atas científicas e resumos

Brás, C, Ferreira, M, Figueiredo, MC & Duarte, João (2022). “Escala de comunicação interprofissional em saúde: construção e estudo psicométrico”. Livro de resumos da 16ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: Revisão da literatura. In Livro de Resumos do 3º Congresso Nacional da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde (pp. 81-81). Porto, Portugal

Ferreira, M., Brás, C. & Barbieri, M. (2016). Clinical Communication and Adverse Health Events: Literature Review. In Abstract Book of 2nd icH&Hpsy International Conference on Health and Health Psychology (p.52). Porto, Portugal. Acedido em <http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/icH&HpsyJuly2016PortoAbstract%20Book.pdf>

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. In 3rd World Congress of Health Research. Aten Primaria. 48 (Espec Cong 1):114. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6465/1/PUBLICA%C3%87%C3%83O%20WC%20HR.pdf>

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: Revisão de literatura. Atas: Vol. 2. Investigação Qualitativa em Saúde (pp. 572-577). Comunicação apresentada no 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Porto, Portugal. Acedido em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>

Publicações em formato póster

Brás, C & Ferreira, M (2023). Cultura de Segurança na prática clínica dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Lisboa, Portugal **(1º prémio)**

Brás, C & Ferreira, M (2022). Avaliação da cultura de segurança do paciente: uma visão dos enfermeiros de um hospital universitário. II Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) (evento online – e-poster)

Brás, C., Ferreira, M. & Barbieri, M. (2017). A Comunicação como determinante da Cultura de Segurança. Poster apresentado no I Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde, Braga, Portugal.

Brás, C., Ferreira, M. & Barbieri, M. (2017). A Comunicação como determinante na cultura de segurança: um projeto de investigação. Poster apresentado no Encontro de Ciência 2017, Lisboa, Portugal.

Ferreira, M., Brás, C. & Barbieri, M. (2016). Clinical Communication and Adverse Health Events: Literature Review. Poster apresentado na 2nd ich&Hpsy International Conference on Health and Health Psychology, Porto, Portugal.

Comunicações em encontros científicos

Brás, C & Ferreira, M (2022). Cultura de Segurança na prática clínica dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1º Seminário Internacional da RESM-LP "As mulheres e os objetivos de desenvolvimento sustentável: contributos da RESM-LP". Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Coimbra, Portugal)

Brás, C., Ferreira, M, Figueiredo, MC & Duarte, João (2022). Escala de Comunicação Intrapessoal e Interpessoal em Enfermagem: Construção e Estudo Psicométrico. Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem - NursID 2022. Escola Superior de Enfermagem do Porto (Porto, Portugal)

Brás, C (2022). Patient safety culture in the clinical practice of nurse-midwives. International Congress on Midwifery and Maternal health, organizado por Conference Series LLC LTd

(webinar).

Brás, C., Ferreira, M, Figueiredo, MC & Duarte, João (2022). Escala de comunicação interprofissional em saúde: construção e estudo psicométrico. 16ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa (Lisboa, Portugal)

Brás, C & Ferreira, M (2022). Percepções do Enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente. VI Congresso dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros. Altice Fórum Braga (Braga, Portugal)

Brás, C., Ferreira, M. & Barbieri, M. (2018). A Comunicação como determinante da Cultura de Segurança nos Cuidados de Enfermagem. NursID Week 2018 – Semana de Investigação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto (Porto, Portugal)

Brás, C., Ferreira, M. & Barbieri, M. (2018). A Comunicação como determinante da Cultura de Segurança nos Cuidados de Enfermagem Comunicação. 3º Seminário Internacional de Formação de Investigadores da UICISA:E 2018. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Coimbra, Portugal)

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Segurança e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: revisão de literatura. 3º Congresso Nacional na Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. Auditório do Hospital da CUF do Porto (Porto, Portugal)

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Universidade Lusófona do Porto (Porto, Portugal)

Divulgação em contexto de formação

Brás, C. (2023). Segurança em Obstetrícia. Unidade curricular “ Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia I” do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 26 de janeiro de 2023.

Brás, C. (2022). Segurança em Obstetrícia. Unidade curricular “ Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia I” do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 31 de maio de 2022.

Brás, C. (2020). Segurança em Obstetrícia. Unidade curricular “ Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia I” do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 28 de outubro de 2020.

RESUMO

Enquadramento: A complexidade e a imprevisibilidade que envolve a prestação de cuidados potencia a ocorrência de erros, pelo que efetuar uma avaliação da cultura de segurança do doente permite identificar fragilidades e potencialidades na cultura organizacional. Os enfermeiros são o grupo profissional que mais interação estabelece com os doentes, tendo por isso um papel privilegiado na promoção de cuidados seguros nos diferentes contextos clínicos.

Objetivos: Identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança do doente; identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança nas unidades de obstetrícia; compreender as perceções dos enfermeiros obstetras relativamente aos fatores que influenciam a cultura de segurança na área da Saúde Materna e Obstétrica; construir e validar instrumentos de avaliação com relevância para o estudo das competências de comunicação que influenciam a segurança do doente; desenhar propostas de intervenção para a promoção da segurança na área da saúde materna e obstétrica.

Metodologia: Esta investigação integra cinco estudos, dois estudos observacionais, analíticos, transversais com recurso ao *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, dois estudos psicométricos e um estudo qualitativo com enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Resultados: O trabalho em equipa dentro das unidades foi a dimensão da cultura de segurança que obteve scores mais elevados (>70%). As dimensões resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação de eventos, apoio à segurança do doente pela gestão e dotação de profissionais apresentaram scores abaixo de 40%. Os enfermeiros obstetras nos grupos focais destacam como barreiras à cultura de segurança: a existência de uma comunicação ineficaz, uma gestão improdutiva, a instabilidade nas equipas e o erro como punitivo, tendo considerado como estratégias de promoção da cultura de segurança, o comprometimento dos gestores e a promoção de uma comunicação eficaz. As escalas construídas e validadas reportam-nos para a importância das dimensões da comunicação intrapessoal e interpessoal: autoeficácia, a empatia, a assertividade e o conhecimento de si mesmo e das dimensões da comunicação interprofissional em saúde: trabalho em equipa, a gestão de conflitos e a liderança.

Conclusões: O trabalho em equipa dentro das unidades é uma dimensão potenciadora da cultura de segurança. Contudo, prevalece uma cultura punitiva e de subnotificação de eventos adversos. A cultura de segurança nas maternidades é comprometida pelas dotações insuficientes, pelo pouco envolvimento da gestão hospitalar, pela instabilidade das equipas e pela comunicação ineficaz. Os resultados sugerem a necessidade de comprometimento dos gestores para proporcionar melhores condições de trabalho, incentivar a formação com desenvolvimento de uma cultura de notificação e de aprendizagem com os erros, o apostar na formação de líderes na equipa, que permitam uma melhor gestão de conflitos e uma otimização das competências de comunicação, para reduzir a incidência de erros e assim garantir um cuidado materno e neonatal seguro.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Enfermeiros, Enfermeiras Obstétricas, Comunicação, Psicometria, Grupos focais

ABSTRACT

Background: The complexity and unpredictability surrounding the provision of care increase the occurrence of errors, therefore, assessing patient safety culture allows identifying weaknesses and potentialities in the organizational culture. Nurses are the professional group that interacts most with patients, thus having a privileged role in promoting safe care in different clinical settings.

Objectives: To identify the determinant dimensions of patient safety culture; to identify the determinant dimensions of safety culture in obstetric units; to understand the perceptions of nurse midwives regarding the factors that influence safety culture in Maternal and Obstetric Health; to build and validate assessment instruments relevant to the study of communication skills that influence patient safety; to design intervention proposals for the promotion of safety in maternal and obstetric health.

Methodology: This research integrates five studies, two observational, analytical, cross-sectional studies using the Hospital Survey on Patient Safety Culture, two psychometric studies and a qualitative study with specialist nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Results: Teamwork within units was the safety culture dimension that scored highest (>70%). The dimensions response to non-punitive error, frequency of event reporting, management support for patient safety and staffing had scores below 40%. In the focus groups, the nurse midwives highlighted as barriers to the safety culture: the existence of ineffective communication, unproductive management, instability in the teams, and the error as punitive, having considered as strategies for promoting a safety culture, the commitment of managers and the promotion of effective communication. The constructed and validated scales forward us for the importance of dimensions intrapersonal and interpersonal communication: self-efficacy, empathy, assertiveness, and self-knowledge and the dimensions of interprofessional communication in health: teamwork, conflict management, and leadership.

Conclusions: The teamwork within the units is a dimension that promotes safety culture. However, a punitive culture and underreporting of adverse events prevails. The safety culture in maternity hospitals is compromised by insufficient appropriations, little involvement of hospital management, team instability, and ineffective communication. The results suggest the need for commitment from managers to provide better working conditions, to encourage training with the development a culture of reporting and learning from mistakes, to invest in the training of team leaders that allow better conflict management and optimization of communication skills, to reduce the incidence of errors and thus ensure safe maternal and neonatal care.

Keywords: Patient safety, Organizational Culture, Nurses, Nurse midwives, Communication, Psychometrics, Focus Groups

SIGLAS

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COREQ – *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPSI - *Canadian Patient Safety Institute*

DGS - Direção Geral de Saúde

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

EACH – *European Association for Communication in Health Care*

ECIpS – Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde

ECIE – Escala de Comunicação Intrapessoal e Interpessoal em Enfermagem

HPCCC – *Health Professions Core Communication Curriculum*

HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

ICN - *International Council of Nurses*

IOM - *Institute of Medicine*

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SNNIEA - Sistema de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes de uma cultura de segurança.....	45
Figura 2. Teoria holográfica do cuidar burocrático.....	60
Figura 3. Domínios do modelo de competências de segurança.....	63
Figura 4. Níveis de comunicação.....	66
Figura 5. Desenho geral do estudo de investigação.....	95
Figura 6. Síntese dos resultados do estudo e propostas de intervenção para promoção da segurança na área da saúde materna e obstétrica.....	211

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xix
INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	33
1.1. Segurança do doente: um dos principais desafios do século XXI.....	35
1.2. Iniciativas e políticas de saúde internacionais e nacionais para a segurança do doente.....	37
1.3. O desenvolvimento de uma cultura de segurança.....	43
1.3.1. Dimensões frágeis da cultura de segurança do doente.....	48
1.4. Contributos de Enfermagem para a segurança do doente.....	51
1.4.1. (In) Segurança em obstetrícia.....	52
1.4.2. Teoria do cuidar burocrático.....	57
1.4.3. <i>Safety Competencies Framework</i>	61
1.4.4. Comunicação em saúde: uma abordagem sistémica.....	65
1.4.5. A Comunicação Intrapessoal e Interpessoal.....	67
1.4.6. A Comunicação Interprofissional.....	71
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA GERAL.....	91
2.1. Objetivos do estudo.....	93
2.2. Desenho geral do estudo.....	94
2.3. Considerações éticas.....	98
CAPÍTULO 3 - ESTUDOS EMPÍRICOS.....	101
3.1. Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros (artigo 1).....	103
3.2. Cultura de Segurança na Prática Clínica dos Enfermeiros Obstetras (artigo 2)	121
3.3. Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in Nursing (artigo 3).....	139
3.4. Construção e validação da escala de comunicação interprofissional em saúde (Artigo 4)	168

3.5 Safety Culture in Maternity Hospital: perception of nurse midwives	
(artigo 5)	179
CAPÍTULO 4 - SÍNTESE INTEGRATIVA DOS ESTUDOS.....	196
CAPÍTULO 5 - PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA	
SEGURANÇA NA ÁREA DA SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	208
 ANEXOS	
Anexo 1 - Autorização do autor para utilização do HSOPSC	222
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Registo nº8742/2017).....	226
 APÊNDICES	
Apêndice 1 - Instrumento de recolha de dados do estudo quantitativo.....	232
Apêndice 2 - Consentimento informado dos participantes no estudo quantitativo.....	242
Apêndice 3 – Modelo de formulário online de consentimento informado dos participantes dos grupos focais.....	246
Apêndice 4 - Questionário de caracterização dos participantes dos grupos focais.....	250
Apêndice 5 - Roteiro orientador dos grupos focais.....	254

INTRODUÇÃO

A segurança do doente continua a ser um desafio dos cuidados de saúde do séc. XXI, constituindo uma das componentes fundamentais do direito à proteção da saúde segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019). É um direito de todos os indivíduos ter acesso a cuidados de saúde seguros e este princípio tem dominado a agenda das organizações de saúde e as iniciativas políticas nacionais e internacionais (Eiras, 2021).

Entre as várias iniciativas relacionadas com segurança do doente, o marco de convergência do movimento mundial foi a publicação do relatório em 1999 sobre os erros relacionados com a assistência à saúde *To err is human: building a safer health system*, que reportou que cerca de 1 milhão de doentes sofria, pelo menos, um dano devido a erros nos cuidados de saúde hospitalares (Institute of Medicine, 2000). Os danos aos doentes associados aos eventos adversos são considerados uma das 10 principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo (World Health Organization, 2020).

Nas organizações de saúde continuam a desenvolver-se atividades altamente complexas, com um público-alvo dos cuidados de saúde com características muito específicas, assumindo-se a possibilidade de ocorrência de erros que em metade dos casos poderiam ser evitáveis (Fragata et al., 2019). Se nos reportarmos a um estudo português, constata-se que 5,8% dos internamentos ocorridos em hospitais públicos entre 2000 e 2015 registaram pelo menos um evento adverso, associando-se a maiores tempos e custos de internamento e mortalidade intra-hospitalar (Sousa-Pinto et al., 2018)

Em Portugal, têm sido realizadas várias iniciativas de forma a agir em conformidade com a Recomendação do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos doentes (Jornal Oficial da União Europeia, 2009). As últimas décadas, foram marcadas pelo desenvolvimento de documentos, programas, projetos e campanhas de sensibilização na área da segurança do doente coordenadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS) (Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde, 2009). As várias iniciativas realizadas colocaram a segurança do doente como uma prioridade do Ministério da Saúde, nomeadamente: a campanha nacional de higienização das mãos, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, o Programa “Cirurgia Segura Salva-Vidas” e o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

Também integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, surgiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que se inseriu no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à

prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015). Os resultados deste plano foram apresentados no dia 17 de setembro de 2021, que se constituiu como o Dia Mundial da Segurança do Doente e também divulgados de forma breve os pilares constituintes do novo PNSD 2021-2026. A avaliação do PNSD 2015-2020 permitiu identificar fragilidades em determinadas áreas, particularmente o predomínio de uma cultura de culpabilização nas organizações de saúde, a necessidade de sensibilizar os profissionais para a importância da notificação de incidentes e a exigência de reforçar a capacidade de interação e comunicação dos sistemas de informação (Lebre et al., 2022). A escassez de recursos humanos, a falha de comunicação entre as unidades das instituições, a imprescindibilidade de desenvolver mais formação no âmbito da qualidade e segurança do doente e a necessidade de aumentar o compromisso das lideranças foram também aspetos que sobressaíram dos resultados do PNSD 2015-2020 (Sousa, 2021).

Para identificar áreas de melhoria, planear intervenções e fomentar a tomada de consciência dos profissionais acerca da segurança do doente numa organização de saúde é imprescindível efetuar um diagnóstico de cultura de segurança através da utilização de instrumentos de avaliação, que permitam conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre várias dimensões da cultura de segurança do doente (Eiras, 2021).

No último relatório da avaliação da cultura de segurança da DGS em 2015, a cultura de segurança ainda não era uma prioridade para os profissionais de saúde (Direção Geral de Saúde, 2015). Em 2018, a avaliação da cultura de segurança a nível nacional revelou dimensões que necessitavam de intervenção urgente: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação de eventos e dotação de profissionais (Eiras, 2021). Desta forma, o novo PNSD 2021-2026 continua a ter como um dos pilares a cultura de segurança, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança das instituições de saúde, promover a formação dos profissionais e aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

As políticas de saúde defendem que a melhoria da segurança do doente é da responsabilidade da equipa multiprofissional, reconhecendo que cada profissional dá o seu contributo pela mobilização de competências individuais (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015). Este princípio vai ao encontro de um modelo de domínios de competências de segurança *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety through the Health Professions* desenvolvido pelo *Canadian Patient Safety Institute* (Canadian Patient Safety Institute, 2016), que disponibiliza uma estrutura interprofissional útil sobre segurança do doente com a identificação dos conhecimentos,

habilidades e comportamentos imprescindíveis a todos os profissionais de saúde em qualquer contexto de prática clínica (King & Anderson, 2012; Marra & Sette, 2016). Reconhece-se que os enfermeiros são o grupo profissional que mais impulsiona a segurança dos cuidados pela interação que estabelecem com os doentes (International Council of Nurses, 2012), sendo uma das competências do enfermeiro a promoção de um ambiente seguro no domínio da prestação e gestão de cuidados (Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). De modo acrescido, o enfermeiro especialista assume a “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747), destacando-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na assistência à mulher/casal/recém-nascido, assumindo a responsabilidade pela deteção precoce de complicações na gravidez, no trabalho de parto, no pós parto, garantindo o cuidado da mulher/feto/recém-nascido em ambiente seguro (Cerejeira et al., 2022).

A segurança do doente em obstetrícia considera a gestão dos riscos para permitir cuidados maternos e neonatais seguros em todas as dimensões dos cuidados de saúde (pré-conceção, pré-natal e pós-natal), garantindo uma experiência positiva e gratificante às mulheres/famílias e desta forma alcançando melhores resultados em saúde (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um terço das mortes maternas são atribuídas a complicações que surgem durante o trabalho de parto, parto ou no período pós-parto imediato (World Health Organization, 2018).

Investir na segurança dos processos de cuidar das mulheres, bebés, famílias exige conhecer previamente a cultura de segurança, identificando fragilidades existentes nas maternidades de forma a impulsionar atitudes proativas em todos os profissionais envolvidos (Akbari et al., 2017). Um índice baixo de cultura de segurança do doente pode levar à ocorrência de eventos adversos potencialmente evitáveis, resultando na descrença das organizações e dos profissionais de saúde (World Health Organization, 2020).

Em Portugal, são escassos os estudos quantitativos desenvolvidos sobre avaliação da cultura de segurança com enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica e não foram encontrados estudos qualitativos acerca desta temática, o que torna esta investigação ainda mais pertinente no contexto atual.

Foi neste enquadramento que desenvolvemos a investigação, com o propósito de avaliar a cultura de segurança de uma instituição hospitalar e de forma particular a cultura de segurança nas maternidades, analisando os fatores que a influenciam para

delinearmos intervenções que permitam debelar as vulnerabilidades existentes e melhorar a qualidade da assistência em saúde materna e obstétrica.

Neste sentido, os objetivos que nortearam a realização deste trabalho foram: i) identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança do doente; ii) identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança nas unidades de obstetrícia; iii) compreender as percepções dos enfermeiros obstetras relativamente aos fatores que influenciam a cultura de segurança na área da Saúde Materna e Obstétrica; iv) construir e validar instrumentos de avaliação com relevância para o estudo das competências de comunicação que influenciam a segurança do doente e v) desenhar propostas de intervenção para promoção da segurança na área da saúde materna e obstétrica.

De forma a dar resposta aos objetivos delineados, desenvolveram-se cinco estudos que se encontram estruturados sob a forma de artigos publicados ou submetidos em revistas científicas com revisão por pares.

A tese encontra-se organizada em cinco capítulos. O capítulo 1 incorpora o enquadramento teórico, contemplando a contextualização da segurança do doente, as iniciativas e políticas de saúde internacionais e nacionais e o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Abordamos os contributos da Enfermagem no âmbito da segurança do doente, particularmente a segurança em obstetrícia, incorporando conceitos relevantes do *Safety Competencies Framework* e do modelo teórico do cuidar burocrático de Marilyn Ray. Por último, é abordada a temática da comunicação, que é considerada a segunda meta internacional para segurança do doente, estabelecida pela Joint Commission International e um dos pilares que suporta o PNSD 2021-2026.

No capítulo 2 procede-se à clarificação global dos aspetos metodológicos, abrangendo os objetivos do estudo, o desenho geral da investigação com uma breve abordagem a cada um dos estudos desenvolvidos, assim como as considerações éticas inerentes a esta investigação.

No capítulo 3 são apresentados os cinco artigos publicados, aceites ou submetidos em revistas científicas da área de enfermagem respeitantes aos vários estudos realizados. Um dos artigos encontra-se publicado, dois foram aceites para publicação e dois encontram-se em fase de revisão. Os dois primeiros estudos são observacionais, analíticos, transversais e pretendem caracterizar a cultura de segurança do doente num hospital universitário e em duas maternidades através do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). O estudo qualitativo surgiu no sentido de permitir uma exploração mais profunda e diferenciada do tópico em estudo com Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Avançámos também com outros dois estudos de construção e validação de instrumentos de avaliação relacionados com a comunicação.

O capítulo 4 apresenta uma súmula dos resultados mais relevantes, expondo as limitações e implicações para a prática clínica.

No capítulo 5 apontam-se algumas linhas orientadoras para o desenvolvimento de um programa de promoção da cultura de segurança na área da saúde materna e obstétrica, tendo por base o *Safety Competencies Framework*.

Notas sobre a terminologia e idiomas utilizados na tese:

1. Ao longo do trabalho aparece o termo “doente”, “paciente” ou “*patient*”, que é utilizado na perspetiva do utilizador dos cuidados, referindo-se sempre à pessoa alvo dos cuidados.
2. É também utilizada a terminologia de Enfermeiros Obstetras ou “*Nurse Midwives*” para designar os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
3. Os artigos incluídos na tese estão escritos nos idiomas Português e Inglês, com as adaptações e particularidades linguísticas de acordo com o País e com as normas de publicação das revistas às quais foram submetidos ou publicados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akbari, N., Malek, M., Ebrahimi, P., Haghani, H., & Aazami, S. (2017). Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam Province, Iran: A census survey using HSOPSC tool. *Pan African Medical Journal*, 27, 1–6. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.268.9776>
- Canadian Patient Safety Institute. (2016). *Report on the integration of the Safety Competencies Framework into health professions education programs in Canada*. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Integration-of-Safety-Competencies-Framework/Documents/Report%20on%20the%20Integration%20of%20the%20Safety%20Competencies%20Framework.pdf>
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República*: 2.^a série, n.º 28. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República: 2ª série, n.º 102*. <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República: 2.ª série, n.º 187*. 2021–2026. <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
- Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: 2.ª série — N.º 120*. <https://dre.pt/application/conteudo/3594950>
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Relatório Segurança dos doentes: avaliação da cultura nos hospitais*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>
- Eiras, M. (2021). Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 41–50). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fragata, J., Sousa, P., & Santos, R. (2019). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In Sousa, P, Mendes W., editors. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (2ª ed., pp. 17–36). Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz. <https://doi.org/http://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (D. Washington, Ed.). The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- International Council of Nurses. (2012). *Patient safety [position statement]*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety.pdf
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2021). FIGO Statement – Childbirth: A Bill of Rights. 2021. www.figo.org/resources/figo-statements/childbirth-bill-rights
- Jornal Oficial da União Europeia. (2009). *Recomendação do Conselho de 9 de junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01)*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN)
- King, J., & Anderson, C. M. (2012). *The Canadian Interprofessional Patient Safety Competencies: Their Role in Health-Care Professionals' Education*. www.journalpatientsafety.com
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-*

2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Lei nº 95/2019 da Assembleia da República. (2019). *Diário da República: 1.ª série, nº 35*. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Marra, V. N., & Sette, M. de L. (2016). *Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial de saúde: Edição Multiprofissional (Organização Mundial da Saúde, Trans.)*. Rio de Janeiro: Autografia (obra originalmente publicada em 2011). www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-
- Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: 2ª série, nº 79*. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2ª série, nº 26*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Sousa, P. (2021). *Contributos para o Plano Nacional para a segurança dos doente 2021-2026 [Apresentação de comunicação oral]*. Conferência “A Segurança do Doente em Portugal”, Lisboa, Portugal. <https://www.youtube.com/watch?v=naAWN6jvPkw>
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F., & Freitas, A. (2018). Frequency and impact of adverse events in inpatients: nationwide analysis of episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(3). <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2020). *Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4

CAPÍTULO 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Segurança do doente: um dos principais desafios do século XXI

A segurança do doente tem assumido uma crescente preocupação nas instituições de saúde, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevada qualidade. O conceito de segurança do doente, remete-nos para a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 14). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a segurança do doente como uma “estrutura de atividades organizadas que permite estabelecer processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde de forma a reduzir a ocorrência de danos evitáveis” (World Health Organization, 2020a, p. 1)

Nas organizações de saúde desenvolvem-se atividades altamente complexas, de enorme imprevisibilidade, realizadas em contextos com inúmeras singularidades, onde é necessária uma cooperação entre departamentos, serviços, equipamentos e profissionais. O serviço que presta cuidados de saúde é um “sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015, p. 38822). O público-alvo dos cuidados de saúde, possui também características muito específicas, vivenciando situações de fragilidade física, emocional, psicológica, social e tendo expectativas elevadas acerca do sistema de saúde.

A prestação de cuidados como atividade de risco, envolve a possibilidade de ocorrência de acontecimentos incertos e indesejáveis, que podem ser danosos e constituem desvios do esperado ou erros, que em metade dos casos poderiam ser evitáveis (Fragata, 2019).

Apesar dos ambientes complexos onde a possibilidade de ocorrência do erro acontece, podemos considerar as organizações de saúde “fiáveis/confiáveis” quando possuem mecanismos que permitem a gestão do risco clínico (Fragata et al., 2019). Nesta gestão do risco, podemos otimizar a complexidade intrínseca (própria de cada caso), se conhecermos previamente o risco face ao perfil do doente e da doença, mas fundamentalmente conseguimos modelar a complexidade extrínseca (fatores ambientais, condições de trabalho) se os conhecermos antecipadamente (Fragata, 2012).

A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos conhecida como *Institute of Medicine* (IOM), introduz o conceito de que o erro acontece não por responsabilidade direta de um profissional mas sim, pelo contexto sistémico em que trabalha (Institute of Medicine, 2000). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o erro é considerado uma falha, não

intencional, na sequência de atividades de um processo de cuidados previamente planeados, não atingindo o resultado esperado (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Um erro pode dar origem a um incidente, que segundo a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente é um evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou, em dano desnecessário para o doente, podendo surgir de atos intencionais ou não intencionais. Os incidentes classificam-se em: ocorrências comunicáveis (com potencial significativo para causar dano); um quase evento - *near miss* (um incidente que não alcançou o doente); incidente sem danos (evento que chegou ao doente, mas não resultou em dano) e evento adverso (um incidente que envolve danos físicos, sociais ou psicológicos e pode implicar sofrimento, incapacidade ou morte) (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Para melhorar a análise de riscos de forma a diminuir a probabilidade ou atenuar o impacto nos sistemas complexos, podemos sustentar-nos no modelo explicativo do erro de James Reason. Este autor considera que há dois modelos úteis para a perceção do erro, o modelo centrado na pessoa e o modelo sistémico. O modelo centrado na pessoa vê o erro como um produto de processos mentais: esquecimento, desatenção, preocupação, distração, ignorância, descuido, onde predomina o medo, a culpa, a vergonha, isolando os erros do seu contexto. O modelo sistémico considera que os seres humanos são falíveis e que os erros devem ser esperados, sendo vistos mais como consequências do que causas, sendo de origem multifatorial onde o foco não está na pessoa que errou, mas no porquê de as defesas falharem (Reason, 2013).

Os erros sinalizam causas estruturais relacionadas com as várias dimensões do sistema organizacional: dimensão física (local de trabalho e condições ambientais), dimensão tecnológica (competências técnicas, tecnologia, equipamentos), dimensão formal (objetivos, procedimentos, normas) e dimensão informal (cultura, atitudes, motivação) (Martins, 2014).

James Reason compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos pequenos “buracos” de um queijo suíço. Estes quando alinhados permitem uma trajetória de oportunidades de acidente e surgem devido a falhas ativas e a condições latentes, sendo que, quase todos os eventos adversos envolvem a combinação destes dois tipos de fatores (Reason, 2016). As falhas ativas resultam da interação entre o homem e o alvo de cuidados, podendo existir enganos, violações de procedimentos com repercussões quase imediatas. As condições latentes são um conjunto de elementos que se encontram dispersos no sistema e que estão frequentemente “invisíveis” nesse mesmo sistema tais como: condições externas (novas tecnologias, condições económicas), a gestão (nº utentes e profissionais, estrutura organizacional, formação profissional, horários de trabalho), o ambiente físico (ruído, iluminação, ventilação, condições térmicas), o envolvimento social (normas, procedimentos

locais, coordenação) e a interface homem-sistema (equipamentos clínicos, tecnologias de informação, sistemas de controlo) (Sousa-Uva e Serranheira, 2019).

O impacto dos eventos adversos em Portugal foi investigado pelo estudo piloto de Sousa et al. (2011), desenvolvido em três hospitais públicos da região de Lisboa, através da informação contida nos processos clínicos. Deste estudo, ressaltou que a taxa de incidência de eventos adversos foi 11,1% em episódios de internamento, sendo que 53,2% destes eventos adversos eram evitáveis, dados que não foram muito dispares dos resultados de estudos similares em outros países da Europa.

Num estudo português liderado por Alberto Freitas, constatou-se que 5,8% dos internamentos ocorridos em hospitais públicos portugueses entre 2000 e 2015 tinham registado pelo menos um evento adverso, com impacto clínico e económico, associando-se a maiores tempos e custos de internamento, complicações de procedimentos e mortalidade intra-hospitalar (Sousa-Pinto et al., 2018). Estes dados são consistentes com estudos a nível internacional, particularmente com um estudo espanhol de Allué et al. (2014), que menciona uma prevalência de 6,8% de eventos adversos em doentes internados em 12 hospitais entre 2008 e 2010. Num estudo irlandês a percentagem de eventos adversos foi de 12,2% de todos os internamentos ocorridos em 2009, sendo 70% destes consideráveis evitáveis (Rafter et al., 2017).

Este aumento dos eventos adversos é apontado como tendo duas possíveis causas prováveis: um maior rigor na notificação de eventos por parte dos profissionais ou o envelhecimento significativo da população (Sousa-Pinto et al., 2018). Atualmente, a Europa tem a maior percentagem de população com 60 anos ou mais e estima-se que o número de idosos a nível mundial duplique até 2050 passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 (Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental, 2020).

1.2. Iniciativas e políticas de saúde internacionais e nacionais para a segurança do doente

Entre as várias iniciativas relacionadas com segurança do doente, destacamos a publicação do relatório de 1999, *To err is human: building a safer health system*, que relata o número de mortes devido a erros preveníveis entre 44 000 e 98 000 e aponta que cerca de 1 milhão de doentes sofreu, pelo menos, um dano durante os cuidados de saúde hospitalares. Após a divulgação deste relatório observou-se um interesse crescente das organizações de saúde em investir na segurança dos doentes (Institute of Medicine, 2000). Em 2002, a OMS mobilizou-se em relação à temática da segurança do doente e na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, apelou aos Estados Membros para considerar a segurança

como um princípio fundamental dos cuidados ao doente e uma componente da gestão da qualidade. Em 2004 é criada a primeira edição da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, e a OMS lança formalmente a *World Alliance for Patient Safety*, que permitiu chamar a atenção dos responsáveis a nível mundial, para a necessidade de considerar a segurança do doente como primeiro determinante de qualquer modelo organizacional de saúde, identificando em 2005, seis áreas de atuação que seriam metas internacionais de segurança (World Health Organization, 2004).

A *World Alliance for Patient Safety* convocou um grupo para implementar um programa de trabalho, de forma a clarificar conceitos de segurança do doente numa classificação internacionalmente aceite, com o objetivo de promover a aprendizagem e a melhoria da segurança do doente em todos os sistemas de saúde. A estrutura conceitual sobre a segurança do doente foi baseada na taxionomia desenvolvida pela *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations*, permitindo categorizar a informação num conjunto de conceitos standardizados com definições aceites (Direção-Geral da Saúde, 2011). Em 2009, o Conselho da União Europeia tendo por base os trabalhos da OMS através da *World Alliance for Patient Safety*, emana recomendações sobre a segurança dos doentes incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (Conselho da União Europeia, 2009).

A nível nacional, a segurança do doente também não tem sido indiferente às mais recentes políticas de saúde. Entre 1996 e 1999 foi implementada a primeira estratégia de saúde “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”, mas abandonada a partir do ano 2000. Posteriormente, no início do ano 2003, o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, foi amplamente discutido e definidas as orientações estratégicas para o período considerado. Contudo, de forma a melhor planear e programar a política nacional para a qualidade do sistema de saúde foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) em 2009 integrado na DGS, que coordenou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014 com o objetivo de conduzir atividades e programas de promoção da segurança do doente (Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde, 2009).

As várias iniciativas realizadas colocaram a segurança do doente como uma prioridade do Ministério da Saúde, nomeadamente: a campanha nacional de higienização das mãos - “*Clean Care is Safer Care*”, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, o Programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” e o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA, para comunicação e gestão de incidentes e eventos adversos (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

O programa nacional de acreditação das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) surgiu também para assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevada nível de qualidade, consolidando a cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o SNS, obrigando as instituições de saúde portuguesas candidatas a efetuar uma mudança na sua cultura organizacional (Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, 2009). Este processo de acreditação “promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços” (Direção-Geral de Saúde, 2014b, p. 26). Apesar da existência desta base legal e normativa, em Portugal, o número de instituições de saúde que efetuaram registos em 2021 para serem candidatas a certificação (2299 registos) foi significativamente menor em relação ao ano de 2020 (4130 registos), sendo que somente 279 unidade de saúde a 31 de julho de 2021 se encontram certificadas (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A necessidade de promover uma cultura de qualidade identificando a perceção dos profissionais acerca da cultura de segurança nas instituições de saúde, conduziu a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) à criação de um instrumento válido, confiável e eficiente para mensurar a cultura de segurança do doente. Em Portugal, o DQS em parceria com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar efectuou um projeto-piloto em 7 hospitais no ano de 2011, utilizando o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), ferramenta recomendada aos Estados Membros pelo projeto europeu *European Network for Patient Safety*, que estimula a avaliação e educação dos profissionais através da introdução de novos conceitos e mudanças de comportamentos (EUNetPaS, 2010).

Com a implementação da norma n.º 25/2013 da DGS, os dirigentes das instituições hospitalares e as respetivas Comissões da Qualidade e Segurança, ficaram responsáveis pela avaliação da cultura de segurança do doente nas organizações de saúde de 2 em 2 anos, através de um questionário enviado por via eletrónica a todos os profissionais e colaboradores dos hospitais que exerçam funções há, pelo menos, três meses (Direção-Geral da Saúde, 2013; Direção-Geral de Saúde, 2020a). Este questionário de “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” traduzido e validado para Portugal por Eiras et al. (2014), avalia doze dimensões da cultura de segurança do doente: 1) trabalho em equipa dentro das unidades, 2) expectativas e ações do supervisor/gestor que promovam a segurança do doente, 3) apoio à segurança do doente pela gestão, 4) aprendizagem organizacional - melhoria contínua, 5) perceções gerais sobre a segurança do doente, 6) feedback e comunicação acerca do erro, 7) abertura na comunicação, 8) frequência da notificação de eventos, 9) trabalho em equipa entre unidades, 10) dotação

de profissionais, 11) transferências e transições hospitalares e 12) resposta ao erro não punitiva (Direção-Geral de Saúde, 2020a).

Na continuidade das iniciativas para promoção de segurança do doente, surge a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, para reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, tendo como principal missão, potenciar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde e garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015). Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que se insere no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde. Cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e o acompanhamento das ações identificadas neste plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

O PNSD 2015-2020, visava atingir nove objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

No sentido de promover o aumento da cultura de segurança do ambiente interno das organizações de saúde e de acordo com as recomendações da II Reunião Mundial de Ministros, foi determinado em 2017 a implementação de um projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” em nove hospitais do País, durante um período experimental de 2 anos, coordenado pela Professora Doutora Margarida Eiras, na qualidade de Consultora da DGS em articulação com a Divisão de Gestão da Qualidade do DQS. Este projeto tem como objetivos: aumentar a participação e a literacia dos doentes, dos familiares e/ou cuidadores na melhoria da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde e melhorar a cultura de segurança dos ambientes internos dos serviços prestadores de cuidados de saúde (Despacho n.º 6430/2017 do Ministério da Saúde, 2017).

Após a 74ª Assembleia Geral da OMS do dia 28 de maio de 2021, surgiu um novo plano de ação, que pretendeu definir uma direção estratégica aos países para formular políticas e implementar intervenções em todos os níveis destinadas a melhorar a segurança do doente. Este plano designado “Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030”, visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde

inseguros a nível mundial. Este plano contempla 7 objetivos estratégicos: desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis, criar sistemas de saúde de elevada confiança, garantir a segurança dos processos clínicos, envolver, motivar, educar e capacitar os doentes/famílias e os profissionais de saúde, garantir a informação e a investigação e desenvolver parcerias (World Health Organization, 2020a).

Reconhecendo a segurança do doente como uma prioridade de saúde global, foi instituído na 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019, pelos Estados Membros da OMS que o Dia Mundial da Segurança do Doente passaria a ser celebrado anualmente, no dia 17 de setembro, esperando que esta data possa contribuir para aumentar a consciência global sobre a importância da cultura de segurança e que esta se enraíze nos profissionais e nas instituições.

No dia 17 de setembro de 2021 assinalou-se em Portugal, o Dia Mundial da Segurança do Doente com a conferência “A Segurança do Doente em Portugal”, onde foram apresentados os resultados do PNSD 2015-2020 e de uma forma breve dados a conhecer os pilares constituintes do novo PNSD 2021-2026. Os dados apresentados do PNSD 2015-2020 reportam-se até ao ano de 2019, sobressaindo a noção de que a Estratégia para a Qualidade em Saúde e o PNS 2015-2020 foram importantes ferramentas para o aumento da segurança do doente. Neste período temporal, houve um aumento significativo de auditorias em todas as áreas, diversas publicações de normas para a implementação de boas práticas, ações de sensibilização da avaliação de cultura de segurança do doente, a realização de três cursos dirigidos ao cidadão sobre segurança nos cuidados de saúde e o desenvolvimento de uma política de notificação mais consistente, apesar da meta de notificações de incidentes na plataforma NOTIFICA ter sido parcialmente atingida (Gaspar, 2021). Contudo, a avaliação do PNSD 2015-2020 permitiu identificar também fragilidades em determinadas áreas, particularmente a política de culpabilização do erro, a necessidade de sensibilizar os profissionais para a importância da notificação de incidentes e de reforçar a interoperabilidade dos sistemas de informação (Lebre et al., 2022).

O novo PNSD 2021-2026 foi construído seguindo uma metodologia rigorosa, com recurso a diferentes fontes e técnicas de recolha e análise de informação: revisão de literatura, processos de auscultação, questionários, entrevistas semiestruturadas, processos de triangulação de dados e métodos (Lebre et al., 2022). Este plano contou com a participação de peritos nacionais e internacionais, auscultação de profissionais de saúde com responsabilidades nas estruturas de qualidade, segurança do doente e gestão do risco das diferentes instituições de saúde. Para a sua construção integraram também documentos estratégicos e orientações nacionais e internacionais (planos estratégicos da Suíça, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Irlanda, Escócia, Finlândia, Austrália, entre outros). Foi efetuada uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e com a

Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade NOVA de Lisboa para constituição de um grupo de trabalho (Lebre et al., 2022). Deste trabalho resultaram dados que demonstraram o atual contexto das instituições do SNS, os seus pontos fortes e fracos e oportunidades de melhoria. De uma forma geral, os aspetos que sobressaíram desta investigação prendem-se com a falta de recursos humanos, a falha de comunicação com as diversas estruturas/departamentos/serviços/unidades das instituições, problemas relacionados com os recursos técnicos, com os sistemas de informação, com a necessidade de aumentar o compromisso das lideranças, reforçar em número os departamentos de qualidade e segurança do doente e desenvolver mais formação no âmbito da qualidade em saúde, segurança do doente e gestão (Sousa, 2021).

O PNSD 2021–2026 teve em conta as especificidades dos diferentes níveis de cuidados (hospitalares e primários) e outros contextos de saúde, incluindo os cuidados continuados e integrados, o domicílio e a telessaúde, mobilizando decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde, profissionais de saúde, doentes, famílias e cuidadores (Lebre et al., 2022). É um plano que assenta em 5 pilares fundamentais: a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021b). O pilar 1, designado cultura de segurança tem como objetivos estratégicos: promover a formação dos profissionais de saúde, avaliar a cultura de segurança das instituições de saúde, aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021b; Lebre et al., 2022). Relativamente ao pilar da liderança e governança – pilar 2, o objetivo passa por garantir o envolvimento e articulação dos órgãos de gestão e das lideranças das instituições na implementação do plano, respondendo aos desafios da complexidade dos cuidados de saúde. O pilar 3 relaciona-se com a comunicação, de forma a otimizar a comunicação intra e interinstitucional, aprimorando a comunicação no processo de transição de cuidados e adaptando a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador. O pilar 4 designado por prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, pretende aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança no sistema NOTIFICA e efetuar o respetivo acompanhamento e avaliação. O pilar 5 compreende as práticas seguras em ambiente seguro e tem como objetivos implementar e consolidar práticas seguras, reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos e promover a telessaúde segura (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021b).

1.3. O desenvolvimento de uma cultura de segurança

A definição de cultura organizacional surge com Edgar Schein, que a caracteriza como um padrão ou sistema de crenças, valores e normas comportamentais que um grupo desenvolve no processo de aprendizagem de resolução de problemas de adaptação externa e integração interna (Schein, 2017). A cultura organizacional é um elemento estruturante para a segurança e fiabilidade de uma organização e preconiza os pressupostos que influenciam as pessoas face ao inesperado (Martins, 2014).

Para entender os elementos constitutivos da cultura é fundamental olhar a organização em três níveis: os artefactos, os valores e os pressupostos básicos. Os artefactos correspondem ao nível mais visível da organização (ambiente construído na organização, layout, comportamentos visíveis das pessoas, comunicação interprofissional). Os valores orientam as pessoas na realização das suas atividades, sendo validados pela partilha do grupo e servem como justificação para o desempenho na organização, sendo difíceis de serem observados diretamente. Os pressupostos básicos correspondem à verdadeira essência da cultura de uma organização, às percepções inconscientes, crenças, pensamentos, sentimentos, que definem o significado das coisas, das ações a efetuar em diferentes situações e das reações emocionais a essas situações (Schein, 2017).

Uma parte integrante da cultura de uma organização é a cultura de segurança, que apesar de ser um conceito complexo e multidimensional, pode considerar-se como um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de percepções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes (World Health Organization, 2008). O conceito de cultura de segurança teve origem fora do contexto dos cuidados de saúde, mas em organizações de alta fiabilidade que tentavam minimizar consistentemente eventos adversos, apesar de realizarem trabalhos intrinsecamente complexos e potencialmente perigosos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019a).

Segundo a OMS uma definição informal de cultura é “a maneira como se fazem as coisas...quando ninguém está olhar” (World Health Organization, 2020, p. 22). Promover uma cultura de segurança dentro dos cuidados de saúde é uma componente básica para prevenir ou reduzir erros e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. Contudo, para o estabelecimento de uma cultura de segurança é prioritário reconhecer que nas organizações de saúde existem atividades de alto risco, sendo essencial incentivar à colaboração entre categorias profissionais e manter um compromisso organizacional de recursos para lidar com as questões de segurança (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019a).

Durante a prestação de cuidados de saúde, a ocorrência de eventos adversos está “intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015, p. 38822).

Lucian Leape considerado o pai do movimento de segurança do doente, afirmava que a maior barreira para a prevenção de erros na área da saúde é a punição daqueles que cometem os erros. Uma cultura de segurança de uma organização de saúde deve responsabilizar os profissionais por condutas não profissionais, mas não deve punir por erros humanos, pois os erros devem ser identificados antes que o dano ocorra e a equipa deve aprender com os seus erros (American College of Healthcare Executives, 2017). A causa de incidentes de segurança está associada a falhas de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura de segurança (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

A cultura da culpa individual ainda é dominante e tradicional na área de saúde prejudicando o avanço de uma cultura de segurança (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019a). “Aos 40 anos de vida, o SNS ainda carece de unidade de corpo e de uma cultura organizacional apropriada e partilhada por todas as suas instituições e profissionais”(Fundação para a Saúde - Serviço Nacional De Saúde, 2019, p. 73). O relatório “*To Er is Human*” já referenciava que as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança, estruturando os processos de trabalho e recursos na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes (Institute of Medicine, 2000).

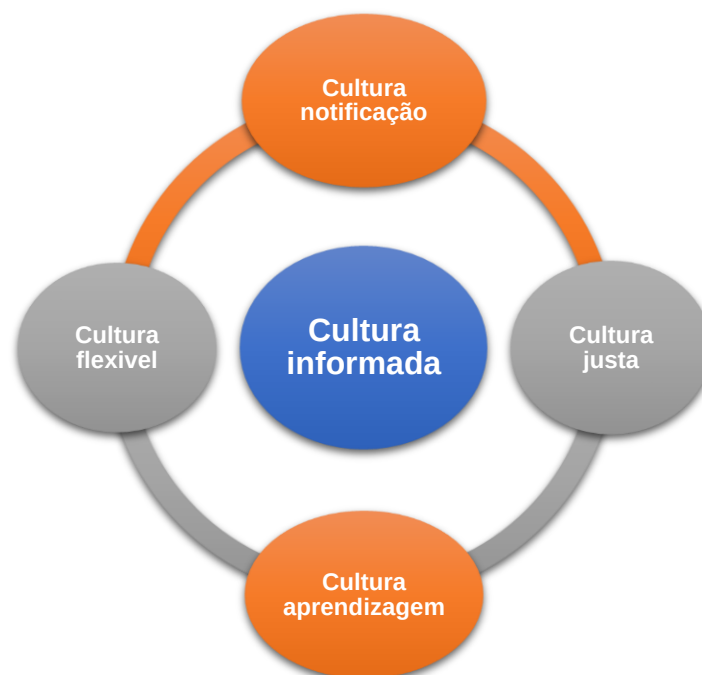
Preconiza-se que uma cultura de segurança nas organizações de saúde seja uma cultura justa, uma cultura de notificação de incidentes, uma cultura de aprendizagem e uma cultura flexível, componentes que já em 1997 James Reason mencionava. Numa cultura justa, os erros e atos inseguros não são punidos se não forem intencionais, mas é priorizada a procura das causas dos erros (Reason, 1997). Uma cultura justa concilia as necessidades pessoais de não culpabilização e a adequada responsabilização, permitindo um equilíbrio entre uma abordagem sistémica e a necessidade de impor limites entre o comportamento aceitável e o inaceitável, submetendo a medidas disciplinares aqueles que agem de forma imprudente ou assumem riscos intencionais (Dekker & Breakey, 2016).

O *International Council of Nurses* (ICN) apoia uma abordagem sistémica, baseada numa filosofia de transparência na notificação de incidentes e relatórios que não culpem o prestador de cuidados, mas que incorporem medidas que abordem fatores humanos e sistémicos (International Council of Nurses, 2012).

Uma cultura justa, de responsabilização sem culpa, pressupõe também um ambiente de confiança que permita uma cultura de notificação de incidentes. O relato dos incidentes permitirá uma cultura de aprendizagem e a possibilidade da reconfiguração de pressupostos básicos e implementação de mudanças (Martins, 2014; Reason, 1997). Esta cultura de aprendizagem deve ser baseada na confiança, transparência e confiabilidade e exige um compromisso de aprender a aprender com a verdade descoberta pela investigação (Leape, 2021). Uma cultura flexível privilegia também o conhecimento e competência dos profissionais que estão na linha da frente nas situações de crise, porque as decisões centradas somente na hierarquia convencional expõem uma cultura de flexibilidade deficitária (Martins, 2014; Reason, 1997).

Todas estas componentes da cultura de segurança interagem para criar uma cultura informada, permitindo que os indivíduos adotem melhores procedimentos no âmbito das suas atividades profissionais, conforme figura 1.

Figura 1 - Componentes de uma cultura de segurança



Fonte: Reason (1997)

A cultura de segurança pode atingir diferentes níveis de maturidade: cultura patológica, cultura reativa, cultura calculada, cultura proativa, cultura participativa (Hudson, 2003). Todas as instituições de saúde aspiram atingir o nível mais perfeito da cultura de segurança, contudo, a OMS refere que existem pelo menos dois obstáculos ao

fortalecimento desta cultura de segurança: a convicção de que o profissional treinado está pronto para qualquer atividade e a propensão para associar o erro à incompetência do profissional (Reis, 2019). No nível de cultura patológica, os incidentes são vistos como inevitáveis causados pelo profissionais, não existindo ações a nível da segurança. Numa cultura reativa, a instituição considera ações de segurança só depois da ocorrência dos incidentes, tentando identificar um culpado e remediar a situação, não indo à raiz causal do problema. Na cultura calculista preconiza-se a existência de gestores de risco, os incidentes são registados e analisados através da análise da raiz causal, mas o envolvimento centra-se somente nos gestores. Uma cultura proativa já inclui um maior número de profissionais envolvidos na identificação dos problemas de segurança e as ações de segurança fazem parte da rotina diária dos profissionais de forma a antecipar os problemas. Neste nível de cultura não existe a culpabilização dos profissionais, mas o sentido da responsabilização. A cultura participativa (nível mais elevado de maturidade), implica a participação ativa de todos os intervenientes nos processos de segurança da instituição, os profissionais facilmente reportam incidentes de segurança e recebem feedback das notificações, predominando uma cultura de confiança, aberta e justa (Hudson, 2003; Reis, 2019).

O desenvolvimento de uma maturidade de cultura de segurança é um processo demorado e um trabalho árduo, que preconiza a criação de equipas de trabalho organizadas, resilientes e com forte poder comunicativo, que respondam e se adaptem à pressão dos diferentes riscos clínicos intrínsecos às atividades de prestação de cuidados de saúde (Fragata et al., 2019). Para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva numa organização de saúde é imprescindível efetuar um diagnóstico de cultura de segurança através da utilização de instrumentos de avaliação. Estes instrumentos permitem identificar áreas de melhoria de forma planear intervenções que garantam a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados, fomentar a tomada de consciência dos profissionais acerca da segurança do doente, avaliar o impacto de intervenções e programas e monitorizar as mudanças ao longo do tempo (Eiras, 2021).

Segundo um estudo de Campione e Famolaro (2018), uma avaliação periódica da cultura de segurança com partilha dos resultados a nível institucional, um planeamento de intervenções de melhoria e programas de segurança e formação, permitiram a seis hospitais melhorar os seus níveis de cultura de segurança.

A avaliação da cultura de segurança a nível nacional foi efetuada com recurso ao HSOPSC, um instrumento de avaliação que efetua a mensuração de múltiplas dimensões relacionadas com a segurança (valores, crenças e normas da organização), notificação/relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão (Famolaro et al., 2018). A AHRQ considera que dimensões com classificação positiva igual ou superior a

75%, designam dimensões fortes de cultura de segurança e dimensões com classificação positiva igual ou inferior a 50%, indiciam dimensões problemáticas (Sorra & Nieva, 2004). Para uma monitorização da adesão institucional a esta avaliação da cultura de segurança, a DGS através do DQS, permitiu o acesso das Administrações Regionais de Saúde e dos Presidentes das Comissões da Qualidade e Segurança a uma hiperligação que permite monitorizar a adesão institucional (Direção-Geral de Saúde, 2020a). Para alcançar uma taxa de respostas adequadas dos profissionais, é imprescindível o envolvimento dos gestores e das lideranças das organizações de forma a obter resultados fidedignos que permitam a perceção das fraquezas e dos pontos fortes da cultura de uma organização na sua totalidade e nos diversos serviços/departamentos (Reis, 2019).

Segundo um relatório da Divisão de Planeamento e Melhoria da Qualidade da DGS, a taxa de adesão a nível nacional dos profissionais à avaliação da cultura de segurança nos hospitais tem sido diminuta: ano de 2014 (18,3%), ano de 2016 (18,5%) e ano de 2018 (14,9%)(Direção-Geral de Saúde, 2020b). Relativamente aos hospitais da Administração Regional de Saúde do Centro verifica-se uma taxa de adesão mais favorável: ano de 2014 (26,9%), ano de 2016 (19,6%) e ano de 2018 (20,7%) (Eiras, 2018). Contudo, não se conseguiu alcançar a meta proposta (taxa de adesão $\geq 95\%$) no período de vigência do PNSD 2015-2020.

Devido às circunstâncias excecionais causadas pela pandemia COVID-19, a avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais em 2020 foi suspensa (Direção-Geral de Saúde, 2020b). Todavia, em 2020, 38 unidades hospitalares e 7.360 profissionais, efetuaram o preenchimento do instrumento de avaliação da cultura de segurança, tendo sido obtida uma taxa de adesão de 13,8% (Lebre, 2022). Os únicos dados de acesso público disponíveis no âmbito da avaliação da cultura de segurança do doente de 2020, são os que se encontram no Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que menciona que a dimensão trabalho em equipa apresentou uma percentagem de respostas entre 60% e 83% e as dimensões dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva apresentaram uma percentagem de respostas positivas abaixo dos 50% (Lebre et al., 2022).

O último relatório existente da Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais menciona que a cultura de segurança ainda não é uma prioridade para os profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015). Os resultados do estudo piloto e das avaliações realizadas em 2018 a nível nacional, já demonstravam dimensões da cultura de segurança do doente com necessidade de uma premente intervenção: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação de eventos e dotação de profissionais. O apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho em equipa entre unidades, abertura na comunicação, feedback e comunicação e acerca do erro, perceções gerais sobre a segurança do doente

e transições são dimensões que obtiveram valores entre os 50-60% mas com necessidade de investimento a médio prazo. Acima dos 70% destacou-se a dimensão do trabalho em equipa dentro das unidades (Eiras, 2021). Estes resultados, não são muito díspares dos obtidos na Holanda (2013), na Turquia (2016) e na Suécia (2017) (Direção-Geral de Saúde, 2020a). No entanto, todas as dimensões apresentam resultados abaixo da percentagem média positiva comparativamente aos resultados das dimensões do Banco de Dados de Pesquisa Hospitalar da AHRQ (*HSOPSC Comparative Database*), que é o único repositório central para permitir a comparação de dados, no que respeita à avaliação da cultura de segurança do doente (Famolaro et al., 2021).

1.3.1. Dimensões frágeis da cultura de segurança do doente

As quatro avaliações da cultura de segurança realizadas nos hospitais portugueses desde 2014 até 2020, destacam dimensões frágeis que se relacionam com a frequência da notificação de eventos, resposta ao erro não punitiva e dotação de profissionais (Lebre et al., 2022).

Em 2013 foi criado um sistema de notificação de incidentes e de eventos adversos (SNNIEA), uma plataforma confidencial e não punitiva, tendo por base a notificação voluntária e anónima do profissional e/ou do cidadão (Direção-Geral de Saúde, 2013). Contudo, o número total de notificações registadas não refletia a realidade nacional e, desta forma, a DGS conjuntamente os gestores locais, pretendeu aumentar a adesão e os registos nesta plataforma melhorando a estrutura e organização de conteúdos passando a designar-se Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, que permite que o cidadão ou o profissional de saúde reportem incidentes ocorridos no sistema de saúde (Direção-Geral de Saúde, 2014a).

A notificação de incidentes é uma ferramenta que permite identificar os riscos e vulnerabilidades de uma instituição e “exige a implementação de medidas corretoras sistémicas por parte da administração da instituição, de forma a evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir” (Direção-Geral de Saúde, 2014a, p. 2). Todas as instituições de saúde devem ter uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança que incentivem à notificação, analisem os incidentes e implementem ações de melhoria (Direção Geral da Saúde, 2022).

A OMS já em 2005, recomendava que um sistema de notificação de sucesso deveria ser não punitivo, confidencial, independente, para que os incidentes fossem rapidamente analisados por especialistas treinados e se divulgassem relatórios para implementação de medidas (World Health Organization, 2005). A nível nacional, a Estratégia para a Qualidade na Saúde determinou a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes, não

punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015, p. 9).

Mesmo com a criação de uma Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, que uniformizou a categorização dos incidentes, a subnotificação de eventos adversos continua a ser uma realidade transversal a todos os hospitais a nível nacional, com classificação positiva de 35% e se nos reportarmos só aos hospitais da região centro com classificação positiva de 29% (Eiras, 2018). Também em estudos internacionais verificamos que os profissionais de saúde raramente reportam incidentes relacionados com a segurança do doente (Alquwez et al., 2018; Azyabi et al., 2021).

Alguns dos motivos pelos quais os profissionais não efetuam notificação de eventos prendem-se com: a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a desvalorização do erro, a falta de conhecimento sobre como realizar a notificação, a falta de feedback das notificações efetuadas e o medo da punição (Alves et al., 2019).

A OMS menciona que é gasto pouco tempo na análise de dados de incidentes de segurança, para que possam ser utilizados para aprendizagem das equipas de forma a promover de uma forma confiável e consistente a segurança do doente (World Health Organization, 2020b). Um compromisso autêntico em aprender com situações de risco e usar a aprendizagem para impulsionar melhorias, numa perspetiva integrada deve envolver toda a equipa multiprofissional para uma cultura mais justa (Liberati et al., 2021).

Promover a aprendizagem organizacional tendo em conta a análise dos incidentes, motivar os profissionais a comunicar os seus erros e a falar abertamente sobre os mesmos, permite que a organização cresça numa cultura positiva (Eiras, 2021). Contudo, ainda se vive nas instituições de saúde, uma cultura baseada na culpa, no medo, que desencoraja a notificação de eventos adversos, dificultando, assim, a análise das causas e impedindo a aprendizagem a partir dos erros (World Health Organization, 2020b). Desta forma a dimensão resposta ao erro não punitiva, obteve também em 2018 uma das classificações positivas baixas a nível nacional (28%) e 24% a nível dos hospitais da região centro (Eiras, 2018).

Esta classificação baixa na dimensão resposta ao erro não punitiva, revela que os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra si, ficando registados no seu processo individual e que o alvo de atenção é o profissional e não a situação em si (Sorra & Nieva, 2004). Esta cultura punitiva percebida pelos profissionais também se verifica a nível internacional confirmada por estudos em hospitais europeus (Croácia, Hungria, Espanha, Suécia) e hospitais brasileiros (Granel-Giménez et al., 2022; Magalhães et al., 2021; Sanchis et al., 2020).

Segundo a DGS o sistema NOTIFICA é um sistema confidencial, anónimo e não punitivo, cujas informações contidas na notificação serão utilizadas somente para análise de

incidentes de segurança do doente. Todavia, quando o profissional pretende notificar um incidente de segurança na plataforma, tem itens obrigatórios de preenchimento, como a data e hora do incidente, unidade prestadora de cuidados, categoria profissional, tipo de incidente, idade e sexo de quem sofreu o incidente. Caso, o incidente cause algum dano no doente, e se for instaurado um processo para averiguar as causas do evento, facilmente se chegará ao profissional de saúde que esteve responsável pelo doente. Desta forma, a notificação de um evento adverso pode ser utilizada como prova num processo judicial, porque ainda não existe uma regulamentação legal dos sistemas de incidentes em Portugal, que assegurem a confidencialidade e não punibilidade das notificações. O sistema de notificação em Portugal mesmo considerado anónimo, não salvaguarda a não identificação dos profissionais, logo compreende-se que subnotificação continua a ser uma realidade a nível nacional (Bruno, 2021).

No instrumento de avaliação da cultura de segurança, vários itens avaliam também a dimensão dotação de profissionais, permitindo que os enfermeiros avaliem nas suas instituições se existem meios humanos suficientes para os cuidados exigidos, se necessitam de efetuar horas extras e realizam muitas atividades em pouco tempo (Sorra & Nieva, 2004). Verificou-se nesta dimensão uma classificação positiva baixa nos hospitais a nível nacional (29%) e na região centro (28%) (Eiras, 2018). Estes valores são também semelhantes a quatro hospitais europeus e três hospitais brasileiros (Granel-Giménez et al., 2022; Rocha et al., 2021).

Já em 2012, o ICN estava preocupado com o número insuficiente de recursos humanos devidamente formados, que considerava uma grave ameaça à segurança dos doentes e à qualidade dos cuidados de saúde (International Council of Nurses, 2012). Os últimos dados de 2018 continuam a revelar uma escassez global de enfermeiros, estimada em 5,9 milhões (World Health Organization, 2020c). Também contribui para a ameaça à segurança do doente e à qualidade dos cuidados a desadequada distribuição dos profissionais de saúde pelos setores, a falta de estratégias de recursos humanos em saúde e a diminuição dos orçamentos de saúde em alguns países e regiões (International Council of Nurses, 2012). A frequente redução de enfermeiros conforme mencionado no estudo de Granel-Giménez et al. (2022), origina fadiga e esgotamento que se repercute na qualidade da assistência ao doente, quando se pretende dotações seguras com enfermeiros com formação e experiência (International Council of Nurses, 2018).

1.4. Contributos de Enfermagem para a segurança do doente

Os enfermeiros constituem o grupo profissional mais numeroso nas organizações de saúde, representando cerca de 59% de todos os profissionais de saúde (World Health Organization, 2020c). Em Portugal continental, existem 61 estabelecimentos que prestam serviços de enfermagem em obstetrícia e neonatologia, sendo a maioria (63,9%) estabelecimentos do SNS (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Reconhece-se que os enfermeiros são o grupo profissional que mais interação estabelece com os doentes e que mais impulsiona a segurança dos mesmos em todos os aspetos do cuidar (International Council of Nurses, 2012).

Os enfermeiros são essenciais para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e particularmente no que se relaciona com o objetivo 3, de garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos. Contudo, são necessárias intervenções políticas, que permitam que os enfermeiros tenham um maior impacto e eficácia nos cuidados de saúde, conjuntamente com o investimento na sua educação e nas suas habilidades (World Health Organization, 2020b). Se nos reportarmos ao Código Deontológico de Enfermagem, ele remete-nos para a procura da excelência nos cuidados, analisando regularmente o trabalho efetuado e reconhecendo eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 88º), adequando as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, mantendo a atualização contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Embora nenhum sistema seja capaz de garantir por completo a ausência de incidentes de segurança, todos devem aspirar à excelência e qualidade dos cuidados, necessitando para isso de incrementar ações oportunas para tentar diminuir ao máximo esses incidentes. O ICN defende que a melhoria da segurança do doente, passa pelo envolvimento ativo dos enfermeiros nas políticas claras sobre a notificação de eventos adversos e sua divulgação; na promoção da comunicação interprofissional e entre profissionais e doentes; no desenvolvimento de programas de prevenção e controle de infeções e práticas seguras na utilização de medicação (International Council of Nurses, 2012). Também a criação de ambientes de prática positivos, saudáveis, com um número adequado de enfermeiros, com cargas horárias ajustadas, lideranças de qualidade, uma formação adequada e competências e experiências dos enfermeiros, são aspetos decisivos para a segurança do doente e para promoção da qualidade dos cuidados (International Council of Nurses, 2018). Em Portugal, o Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais reconhece que uma das competências do enfermeiro no domínio da prestação e gestão de cuidados é promover um ambiente seguro (Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). De modo acrescido, o enfermeiro especialista assume a “gestão do

ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747).

Na melhoria dos cuidados na assistência à mulher/casal/recém-nascido destaca-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cuidando da mulher inserida na família e comunidade em diferentes períodos (preconcecional, pré-natal, durante o trabalho de parto, pós-natal, climatério e nos processos de saúde/doença ginecológica) (Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019). O anuário estatístico nacional de 2022 da Ordem dos Enfermeiros apresenta a existência de 3233 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

1.4.1. (In) Segurança em obstetrícia

A promoção da segurança da mulher é essencial nas unidades de cuidados em obstetrícia, pelo facto de cada intervenção envolver um risco duplo de morbimortalidade materna e fetal (Akbari et al., 2017), passando muitas vezes de uma transição rápida de bem estar para uma situação de emergência, sobretudo nos contextos de trabalho de parto (Ragusa et al., 2021).

Segundo a OMS mais de um terço das mortes maternas são atribuídas a complicações que surgem durante o trabalho de parto, parto ou no período pós-parto imediato, sendo considerados eventos adversos evitáveis, quaisquer danos físicos ou mentais à grávida, feto ou recém-nascido (Lippke et al., 2019; World Health Organization, 2018). Em 2021, ocorreram 75.950 nascimentos em Portugal continental, contudo 321 óbitos (óbitos fetais e óbitos neonatais) (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Nestes últimos anos, em Portugal, assistimos a mudanças a nível organizacional e a nível das práticas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para promover um exercício profissional seguro com medidas centradas na prevenção de complicações durante os processos de saúde/doença ao longo do ciclo reprodutivo. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assumem a responsabilidade pela deteção precoce de complicações na gravidez, no trabalho de parto, no pós parto, garantindo o cuidado da mulher/feto/recém-nascido em ambiente seguro (Cerejeira et al., 2022).

As práticas seguras em vigor nas maternidades são resultado de ações dirigidas à diminuição de incidentes relacionados com a díade e com o ambiente familiar e social que os rodeia e podemos constatar isto pelos ótimos indicadores materno-infantis, que colocam

Portugal num dos cinco países do mundo que mais progressos fez na redução da taxa de mortalidade infantil (Araújo et al., 2021). A teórica Marilyn Ray no início do século XX, já mencionava as mudanças existentes nos cuidados institucionais, particularmente na área da obstetrícia, com ênfase no cuidado centrado na família, no vínculo humano entre pais e filhos, valorização das enfermeiras parteiras nos cuidados obstétricos, com novas técnicas de monitorização do trabalho de parto, reconhecendo a componente da comunicação entre enfermeiro e cliente como uma componente essencial do cuidado nesta área (Ray, 1981). Contudo, ainda se descure a problemática da cultura de segurança nas maternidades, requisito essencial à qualidade dos cuidados de saúde e que está relacionada com valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais, que influenciam a forma como os profissionais percebem e agem sobre as questões de segurança de uma organização (Famolaro et al., 2021).

Ainda encontramos nas unidades de obstetrícia uma cultura defensiva, de não aprendizagem pelos erros, equipas disfuncionais e com pouca investigação acerca dos incidentes de segurança. Todavia, não pode haver complacência quando se trata de melhorar a segurança dos serviços de obstetrícia, porque os cuidados seguros e de alta qualidade têm impacto na saúde das mulheres, nas oportunidades de vida dos recém nascidos, no seu desenvolvimento saudável e na sua saúde a longo prazo (Health and Social Care Committee - House of Commons, 2021).

The Joint Commission Sentinel Event Alert revela que em 47 casos estudados de morte perinatal ou incapacidade permanente as principais causas dos eventos adversos foram: a comunicação, que lidera a lista das causas raízes identificadas; a cultura organizacional que se constitui como uma barreira à comunicação e ao trabalho em equipa pela hierarquização e intimidação das estruturas organizacionais; a competência da equipa; o processo de orientação e treino; equipamento de monitorização fetal indisponível; problemas de supervisão de médicos e enfermeiras parteiras e insuficientes informações pré-natais (The Joint Commission, 2004).

Ainda não estamos no nível desejado de cultura de segurança, quando a dotação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, não consegue dar resposta às necessidades de cuidados especializados, tendo em conta a definição dos rácios de enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019), quando ainda predomina uma cultura punitiva e uma subnotificação de eventos adversos nas unidades de obstetrícia (Carmo et al., 2020; Johansen et al., 2021; Ribeliene et al., 2019), embora se preconize urgentemente um aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021a).

Avaliar a cultura de segurança e identificar áreas críticas, fornece dados mensuráveis que permitirão reduzir a taxa de eventos adversos, implementar processos de mudança para

melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica e proporcionar condições de trabalho seguras para os profissionais de saúde (Ribeliéné et al., 2022; Skoogh, 2022). Compreender as perceções dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente é fundamental para disseminar o conhecimento e aumentar a conscientização, resultando em ações e melhorias no cuidado à mulher (Skoogh et al., 2022).

O trabalho em equipa dentro das unidades é uma dimensão que promove a cultura de segurança nas maternidades (Rodríguez-García et al., 2022), permitindo tomadas de decisão mais eficientes e precisas (Rönnerhag et al., 2019). No entanto, assiste-se a uma mobilização rápida de enfermeiros entre unidades, que consome recursos e dificulta a capacidade de os membros da equipa formarem relacionamentos estáveis, confiança mútua e expectativas compartilhadas sobre o papel e as habilidades de cada um (Liberati et al., 2021; Schmiedhofer et al., 2021). As mudanças de local de trabalho podem ser perturbadoras pelas especificidades de cada unidade, o que gera insegurança, medo, não permitindo oportunidades para a aprendizagem (Catling & Rossiter, 2020; Liberati et al., 2021). Também as discrepâncias entre os conhecimentos, comportamentos e habilidades dos profissionais, afeta o desempenho da equipa e consequentemente a segurança dos cuidados (Rönnerhag et al., 2019). Desta forma, é fundamental que os conhecimentos e habilidades sobre a cultura de segurança do doente, sejam aperfeiçoados através de formação contínua dos profissionais, incluindo treino em simulação no parto e emergências obstétricas, debriefing de situações de conflito, treino de comunicação adequadas, momentos de reflexão para interpretação e revisão de normas e protocolos clínicos homogêneos entre instituições de saúde, mas simultaneamente flexíveis para que as unidades os adaptem à sua realidade (Araújo et al., 2021; Rönnerhag et al., 2019; Schmiedhofer et al., 2021).

A simulação em obstetrícia foi testada como uma ferramenta educacional, permitindo que as equipas reconstruam ou pratiquem eventos num ambiente seguro, aprimorando habilidades práticas, comunicação e treino de eventos raros (Pettker & Grobman, 2015).

Os eventos adversos na maternidade são raros, mas muitas vezes complexos e multifatoriais, sendo redutor atribuir a redução desses eventos simplesmente ao aumento da formação dos profissionais (Ansari et al., 2019). Contudo, verificamos que programas padronizados de treino de equipas multiprofissionais em unidades obstétricas, tendo por base uma análise de causas comuns de eventos adversos, aumenta com sucesso a confiança dos profissionais em lidar com situações complexas de emergência (Zech et al., 2017).

Discutir sobre erros potenciais ou ocorridos também permite desencadear emoções e sentimentos de quem todos os dias tem a enorme responsabilidade de prestar cuidados à mulher e recém-nascido, facilitando a aprendizagem e incentivando a mudanças positivas

(Ederer et al., 2019). Porém, para que haja discussão dos incidentes é indispensável que exista uma notificação transparente e uma análise adequada dos eventos adversos (Johansen et al., 2021). Este autor relata que em doze unidades obstétricas da Noruega poucos eventos obstétricos graves foram notificados, porque as unidades não têm uma cultura tradicional de notificação e aprendizagem acerca dos eventos, tendo também pouco feedback sobre o processo de condução dos erros notificados (Carmo et al., 2020; Johansen et al., 2021).

A subnotificação de eventos adversos está também associada à cultura punitiva das organizações de saúde. O desconhecimento ou a falta de compreensão da equipa de enfermagem de que qualquer profissional está sujeito ao erro, pode desencadear sentimentos de vergonha, culpa e medo, que podem ser agravados pela cultura punitiva ainda predominante nas instituições de saúde (Carmo et al., 2020). Um estudo norueguês em unidades de obstetrícia revela a existência de uma cultura de culpa, desconsiderando os fatores sistêmicos envolvidos na ocorrência de um erro (Johansen et al., 2021).

Quando falamos em fatores envolvidos na ocorrência de incidentes, não podemos esquecer os riscos potenciais de transferências e transições hospitalares curtas, imprecisas ou incompletas, muitas vezes agravadas pela falta de tempo e recursos humanos reduzidos. Sendo a passagem de turno um dos momentos essenciais para a aprendizagem e para a continuidade dos cuidados como referem os enfermeiros gestores no estudo de Fassarella et al.(2019), os momentos de *handover* devem ser treinados para promover a motivação e a conscientização da equipa. O uso de padrões uniformes de documentação informatizados e de linguagem classificada, com indicadores de qualidade, permitirá avaliar o impacto dos cuidados e dos programas para a promoção da saúde da mulher e família, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados(Cerejeira et al., 2022).

Uma outra ameaça significativa à segurança dos cuidados é dotação reduzida de profissionais nas maternidades. De acordo com Amiri (2020), um número suficiente de parteiras e enfermeiras é crucial para a segurança sustentada da mulher durante o parto e o volume de trabalho acima do nível considerado adequado pode aumentar entre 8% e 34% as probabilidades da ocorrência de incidentes de segurança.

As dotações seguras têm por base o número anual de partos e definem os rácios de enfermeiros necessários para assistência intraparto de acordo com os estadios do trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019). É imprescindível uma “dotação segura de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica face às necessidades de cuidados de enfermagem especializados em cada contexto de cuidados e complexidade inerente” (Cerejeira et al., 2022, p. 21).

Organizações de saúde com um número insuficiente de prestadores de cuidados de saúde enfrentam diversas consequências, como sobrecarga de trabalho, esgotamento, insónia, intensificando a fadiga física e emocional que por sua vez levam a uma menor qualidade no cuidado às mulheres (Akbari et al., 2017; Thumm & Flynn, 2018).

Além dos recursos humanos escassos, existe uma desvalorização das competências dos profissionais mencionada num estudo europeu, onde metade dos enfermeiros e parteiras acreditava que os chefes não valorizavam os seus esforços (Ribeliene et al., 2022). As parteiras descrevem os seus ambientes de trabalho como pouco favoráveis, sentindo-se desvalorizadas pelos gestores e com acesso limitado a oportunidades de desenvolvimento profissional (Harvie et al., 2019).

As falhas na comunicação entre elementos das equipas e a ausência de liderança eficiente são também fatores que motivam a ocorrência de eventos adversos em obstetrícia (Araújo et al., 2021). É essencial uma nova geração de líderes de segurança do doente nas organizações, que sejam qualificados para garantir que todos os sistemas e procedimentos cumprem os mais altos padrões de cuidados, numa perspetiva integrada e instituída por toda a equipa multiprofissional para uma cultura mais justa (Liberati et al., 2021; World Health Organization, 2020b). O papel do líder nas organizações promove uma cultura de aprendizagem, aumenta a conscientização e está associado ao aumento do envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos (Ribeliene et al., 2019; Thumm & Flynn, 2018). Em unidades de obstetrícia na Austrália todos os participantes descreveram o apoio limitado da organização e dos gestores para mudar práticas do local de trabalho em benefício das mulheres e bebês, relatando que a falta de liderança afeta significativamente o envolvimento dos profissionais (Catling & Rossiter, 2020).

As estruturas organizacionais rígidas são mencionadas pelas parteiras como um fator dificultador de um trabalho interprofissional eficaz, dificultando a promoção de uma cultura de segurança (Ederer et al., 2019). Este trabalho interprofissional é afetado pelos conflitos existentes entre diferentes grupos, criando-se hierarquias onde profissionais não usufruem das competências, que seriam fundamentais para promover a segurança nas unidades de obstetrícia de alta complexidade (Behruzi et al., 2017; Liberati et al., 2021).

Como estratégias de segurança a ter em consideração nas unidades de obstetrícia destacamos: o cumprimento das boas práticas, a existência de equipamentos atualizados de monitorização materno fetal, a utilização de escalas de avaliação do risco adaptadas à população obstétrica, o uso de listas de verificação para analisar com precisão os pontos mais vulneráveis do processo, a elaboração de material informativo numa linguagem compreensível para a grávida e acompanhantes de referências (Araújo et al., 2021; Ragusa et al., 2021).

A monitorização de indicadores de qualidade também permite a uniformização de práticas clínicas e é considerada uma estratégia de segurança. Os indicadores de segurança na assistência obstétrica, são ferramentas que ajudam a reconhecer eventos adversos, minimizar os danos causados, medir e monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e comparar a qualidade dos serviços de saúde entre países (Gissler, 2015). Os indicadores sensíveis aos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, permitem monitorizar as áreas de diagnóstico e de intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos domínios: da gravidez, da preparação para o parto, da adaptação à parentalidade (pré e pós natal), ligação mãe/pai-filho, trabalho de parto, amamentação, pós parto, planeamento familiar, ginecologia e climatério, melhorando a qualidade dos cuidados à mulher/família nos diferentes ciclos de vida (Cerejeira et al., 2022).

1.4.2. Teoria do cuidar burocrático

Os enfermeiros trabalham num conjunto de organizações complexas onde o risco zero de incidentes é impossível de alcançar, assumindo-se que a prestação de cuidados é uma atividade de risco pela sua complexidade, contexto e recursos disponíveis (Ramos et al., 2021). É essencial compreender o cuidar em enfermagem à luz de conceções teóricas desenvolvidas, principalmente quando nos deparamos com a complexidade das instituições hospitalares. Desta forma, escolhemos como um dos referenciais teóricos para esta investigação, a Teoria do Cuidar Burocrático de Marilyn Anne Ray, que considera o cuidar numa perspetiva organizacional, explorando a estrutura dinâmica do cuidado sob a ótica da complexidade das organizações (Neves, 2002).

Esta teórica estudou as organizações como pequenas culturas, tendo o seu projeto de pesquisa na pós-graduação envolvido um hospital infantil. Posteriormente, desenvolveu a sua dissertação de doutoramento sobre o cuidado em organizações hospitalares complexas, a partir de entrevistas em profundidade, observação participante, observação dos cuidados e notas de campo (Coffman, 2010; Ray, 1989). Os conceitos relativamente ao cuidar em enfermagem, surgem das reflexões das enfermeiras, das suas crenças pessoais e profissionais, experiências com clientes e conhecimento de disciplinas académicas e profissionais (Neves, 2002).

No seu percurso, Marilyn Ray teve duas enfermeiras como inspiração, Jean Watson, com quem fundou a *International Association for Human Caring* e Madeleine Leininger, que lhe proporcionou o interesse pela enfermagem transcultural (Coffman, 2010).

A pesquisa inicial de Marilyn Ray identificou quatro categorias de comportamentos de cuidado: psicológico, prático, interacional e filosófico. A categoria psicológica compreende

características afetivas (empatia, preocupação, amor, compaixão) e cognitivas (ensino, satisfação de necessidades, conhecimento, observação, decisões, avaliação, resolução de problemas). A categoria descrita como prática está relacionada com o sistema organizacional (orçamento económico, organização, coordenação) e com a técnica de cuidado (habilidade). A categoria interacional está relacionada com a comunicação (falar, compartilhar, ouvir, ajudar, envolver, apoiar) e também associada ao conforto físico (toque). A última categoria filosófica possui três características: o cuidado espiritual, ético e cultural (Ray, 1989).

Todas as pesquisas efetuadas por Ray envolveram profissionais e clientes no ambiente hospitalar e deram origem a várias categorias de significados sobre o cuidar: ético-espiritual, político, económico, legal, tecnológico, físico, educacional e sociocultural.

O cuidar político relaciona-se com os sistemas hierárquicos das organizações, as influências governamentais que facilitam a cooperação ou desafiam a competição em organizações complexas. Inclui a competição pelos recursos escassos (humanos e materiais) e as condições organizacionais que permitem a continuidade da assistência e a tomada de decisão eficaz (Ray, 2021). O cuidar económico prende-se com a disponibilidade de recursos humanos necessária para prestar uma assistência de qualidade e com a manutenção da viabilidade económica (Ray, 1989). O cuidado é entendido como um recurso interpessoal, no entanto, ainda não é entendido como um recurso económico, tendo um limitado reconhecimento, por ser considerado como uma mera atividade ou serviço prestado ao indivíduo (Ray, 1987).

O cuidar tecnológico inclui os recursos não humanos, como a utilização de equipamentos para a manutenção do bem estar fisiológico do doente, conhecimentos e habilidades necessárias para trabalhar com equipamentos de apoio. O cuidar físico relaciona-se com o estado físico da pessoa, incluindo os aspetos biológicos e mentais, tendo em conta que a mente e o corpo estão interrelacionados (Coffman, 2010).

O cuidar educacional envolve programas educacionais formais e informais, assim como outras formas de ensino e de partilha de informações. Os fatores educativos incluem a formação do profissional de enfermagem, que envolve uma visão integral do cliente e do seu contexto. O cuidar legal preconiza aspetos como: prestação de contas, responsabilidade, regras e princípios para orientar comportamentos, consentimento informado, direitos do cliente e dos profissionais, direito à privacidade, questões de negligência (Ray, 1989).

O cuidar social-cultural engloba os valores, crenças e atitudes em relação à etnia, raça, padrões de identidade e diversas estruturas sociais dentro das famílias, comunidades e sociedades. Este cuidar permite compreender as inter-relações, o envolvimento e cultura

dos grupos e comunidades, preconizando uma interação social, apoio, respeito, comunicação (linguagem e escuta ativa) (Ray, 2021).

O cuidar espiritual-ético diz respeito ao holismo e à integração do corpo, mente e espírito e é revelado em apego, amor e comunhão. Os imperativos éticos e espirituais obrigam a que os enfermeiros vejam o cliente como um indivíduo com capacidade para efetuar escolhas. Preconiza-se o respeito, confiança e dedicação às pessoas, estabelecidos pelos padrões de comportamento religiosos, legais e morais (Turkel, 2007).

Esta interconexão de conceitos levou Ray a refletir sobre a Teoria do Cuidar Burocrático em 1981, que emergiu a partir de uma teoria de cuidado diferencial, que revela que o significado do cuidar se diferencia pelo contexto, ou seja, os enfermeiros valorizam o cuidado relativamente aos seus doentes e os gestores valorizam o cuidado mais relacionado com o sistema, como uma visão mais economicista da prestação de serviço (Coffman, 2010). Esta teoria ajuda a aprofundar a visão da enfermagem e das organizações e resulta de uma dialética entre o cuidar sociocultural, físico, educacional, espiritual-ético (elementos da cultura da enfermagem) e o cuidar económico, político, legal e tecnológico (elementos da burocracia). A burocracia é representada como um sistema complexo com hierarquias de papéis com divisões de trabalho, com uma dimensão política, jurídica, económica e tecnológica, com regras e procedimentos explícitos e regularizados (Ray, 2021).

As categorias humanísticas e organizacionais aparentemente paradoxais estão interconectadas e interagem para criar uma cultura organizacional sob o enfoque do cuidar (Ray, 2021). Esta teoria orienta para a compreensão de como a enfermagem pode ser praticada num cenário em que coexistem estas duas forças que teoricamente são consideradas antagónicas, de forma que se mantenha a essência humana da profissão de enfermagem (Ray, 2005). O desafio será compreender a existência simultânea destas forças aparentemente contraditórias e agir de forma a preservar a natureza humana da profissão.

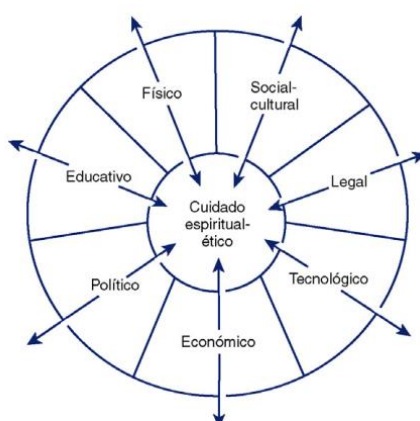
A teoria de Ray fornece uma visão única de como organizações de saúde e a enfermagem se relacionam como partes de um sistema e defende que é necessário que as organizações hospitalares compreendam e apoiem o lado humano da prática da enfermagem, de forma a avaliar as dimensões do cuidar tendo em conta a complexidade das organizações (Neves, 2002).

A teoria do cuidar burocrático simplifica a dinâmica das organizações burocráticas complexas e possibilita uma visão de como as organizações se relacionam com os fenómenos de enfermagem como um todo e como partes do sistema (Coffman, 2010). Com reflexão, pesquisas e análises contínuas a teórica Marilyn Ray considerou o cuidar ético-espiritual, foco da comunicação, como uma modalidade dominante, por causa das

descobertas centradas na relação enfermeiro-cliente e propõe que os enfermeiros se deixem guiar pelo cuidado ético-espiritual em relação às decisões legais, económicas, tecnológicas, melhorando a saúde e o bem-estar das pessoas (Ray, 2021).

A reflexão de Ray sobre a teoria do cuidar burocrático desafia os enfermeiros a visualizar o mundo de uma forma mais holística, considerando o universo como um holograma, conforme a figura 2 (Ray, 2005). O cuidado espiritual-ético é a categoria dominante, unificadora e dinâmica (no centro do modelo teórico) que se interliga holograficamente com todas as categorias independentes/interdependentes dentro da burocracia (físico, social-cultural, político, legal, económico, tecnológico e educacional) (Ray, 2021).

Figura 2 – Teoria holográfica do cuidar burocrático



Fonte: Coffman (2010)

Na teoria do cuidar burocrático os conceitos de pessoa, enfermagem, ambiente e saúde estão integrados. A enfermagem é considerada um cuidado holístico, relacional, espiritual e ético, que através da compaixão, amor, justiça, procura a excelência na sua atuação. As pessoas são consideradas seres espirituais e culturais, envolvendo-se em relacionamentos humanos organizacionais e transculturais para encontrar significado e valor, num meio ambiente que se constitui como um fenómeno espiritual, ético, ecológico e cultural complexo. A saúde está relacionada com a forma como as pessoas de um grupo ou sistema burocrático constroem a realidade, de acordo com a biologia, padrões mentais, características da sua imagem, etnia, estruturas familiares e experiências de cuidado (Ray, 1989).

Uma mudança de paradigma deve ocorrer, os enfermeiros devem perspetivar o "cuidar" de uma nova forma que não afasta a organização, mas incorpora os elementos burocráticos, passando estes a não ser o foco único, mas uma peça relativamente aos aspetos do cuidar

que forma um sistema complexo, como um hospital ou sistema de saúde e que tem como objetivo o bem estar dos indivíduos (Ray, 1989, 2021; Ray & Turkel, 2014).

Na prática clínica os enfermeiros são desafiados a integrar conhecimentos, habilidades e cuidado e isso reflete a natureza holística da Teoria do Cuidado Burocrático (Turkel, 2007). A profissão de enfermagem tem a capacidade de impulsionar a mudança de cuidados de saúde fragmentados e baseados na produtividade para cuidados baseados nos relacionamentos e interação (Potter & Wilson, 2017).

A ferramenta de cuidado comunicativo transcultural que Ray defende, proporciona orientações para que os enfermeiros entendam as necessidades, adversidades, problemas das pessoas nos seus diversos contextos culturais e, preconiza a compaixão, advocacia, respeito, interação, negociação e orientação. Os enfermeiros têm uma responsabilidade para com a sociedade no sentido de preservar o cuidado humano, gerindo as burocracias de forma eficaz, valorizando os recursos interpessoais como o amor, a comunicação e a educação como uma forma de assistência (Ray, 1987).

A Teoria do Cuidar Burocrático enfatiza o cuidar como um vínculo relacional, revelando o poder da enfermagem para criar melhores cuidados de saúde e sugere que as organizações que promovem escolhas, respeito e confiança irão tornar-se organizações de sucesso do futuro (Potter & Wilson, 2017). E, organizações de saúde de sucesso são organizações consideradas de alta confiabilidade que operam em ambientes complexos trabalhando para criar um ambiente no qual os problemas potenciais são antecipados (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019b). Marilyn Ray também reforça que os aspetos da melhoria da segurança do utente, controlo de infeções, redução de erros e qualidade geral da assistência em organizações de saúde complexos e burocráticos não podem ocorrer sem conhecimento e compreensão do cuidado espiritual-ético (Coffman, 2010).

1.4.3 *Safety Competencies Framework*

Em 2003, a *Health Canada* criou o *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Em 2005, o CPSI instruiu o *Professional Development Advisory Committee* para realizar uma análise dos currículos ligados à área da saúde de forma a perceber as lacunas na formação dos profissionais de saúde relativamente à temática da segurança do doente (Canadian Patient Safety Institute, 2016). O CPSI em colaboração com o *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, projetou e lançou o *Patient Safety Competency Framework* em 2008, que foi estruturado de forma a abranger os profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente, identificando as principais competências de segurança do doente, sendo designado *The*

Safety Competencies: Enhancing Patient Safety through the Health Professions (Frank & Brien, 2008).

Com base na definição de competências de Bloom, o CPSI definiu as competências de segurança do doente como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos a todos os profissionais de saúde para garantir a segurança dos doentes durante todo o processo de prestação de cuidados (King & Anderson, 2012).

O modelo está organizado em seis domínios e cada domínio é constituído por competências chave e competências facilitadoras, sendo o modelo formado por 20 competências-chave, 140 competências facilitadoras, 37 elementos de conhecimento, 34 habilidades práticas e 23 atitudes, que podem e devem ser adaptadas a cada profissão de saúde e de acordo com as necessidades institucionais. Este modelo teve como objetivos iniciais:

- Definir conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas com as competências de segurança do paciente para todos os profissionais de saúde;
- Servir como referência para treino, educação e avaliação dos profissionais de saúde na segurança do paciente;
- Tornar as competências de segurança do doente de fácil entendimento para aplicação em contextos de pós-graduação e desenvolvimento profissional contínuo (Frank & Brien, 2008).

A primeira versão do modelo de Competências de Segurança do CPSI confirmou ser fundamental para estabelecer uma linguagem de segurança consistente e melhorar a qualidade da ação, recebendo feedback positivo de profissionais, educadores e organizações de saúde (Canadian Patient Safety Institute, 2020). Em 2016, surgiu o *Report on the Integration of the Safety Competencies Framework into Health Professions Education Programs*, um relatório realizado pelo CPSI, que apresenta testemunhos e estudos efetuados com profissionais de saúde que comprovam o efeito do modelo de competências de segurança (Canadian Patient Safety Institute, 2016).

Em 2020, a CPSI lançou a 2ª edição *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety through the Health Professions*, tendo efetuado uma revisão da estrutura conceitual para garantir que ela permaneça relevante para as instituições de saúde e instituições académicas que investem na formação dos profissionais. O conteúdo desta 2ª edição, foi reformulado tendo em conta o relatório de 2016 e inclui competências que dão ênfase ao envolvimento do doente e da família no processo de segurança dos cuidados, incorpora a segurança/competência cultural (segurança intercultural do paciente/cliente), integra a liderança como elemento importante para a segurança do paciente, atualiza a terminologia

passando de “eventos adversos” para “incidentes de segurança do paciente” e reformula os nomes dos seis domínios, conforme figura 3 (Canadian Patient Safety Institute, 2020).

Figura 3 - Domínios do modelo de competências de segurança



Fonte: Canadian Patient Safety Institute (2020)

Os seis domínios do modelo de competências de segurança são designados atualmente de:

- Domínio 1 - Cultura de Segurança do Doente
- Domínio 2 – Trabalho em equipa
- Domínio 3 - Comunicação
- Domínio 4 - Segurança, risco e melhoria da qualidade
- Domínio 5 - Otimização dos recursos humanos e sistemas
- Domínio 6 - Reconhecimento, resposta e divulgação de incidentes de segurança (Canadian Patient Safety Institute, 2020)

O sistema de saúde é um dos sistemas mais complexos, dinâmicos e desafiadores da nossa sociedade, constituindo-se como a soma de muitos sistemas formados por organizações, departamentos, unidades, serviços e práticas, envolvendo imensos profissionais numa complexidade de relações entre doentes, cuidadores, prestadores de cuidados, administradores (Canadian Patient Safety Institute, 2016; Marra & Sette, 2016). Nenhum profissional pode garantir a segurança de forma independente, pois a segurança do doente é responsabilidade de todos e precisa de ser trabalhada coletivamente (Canadian Patient Safety Institute, 2016; King & Anderson, 2012).

Desta forma, este modelo de competências de segurança disponibiliza uma estrutura interprofissional, prática e útil sobre segurança do doente com a identificação dos conhecimentos, habilidades e comportamentos imprescindíveis a todos os profissionais de saúde em qualquer contexto de prática clínica para promover o seu desenvolvimento profissional (King & Anderson, 2012; Marra & Sette, 2016).

As competências deste modelo foram desenvolvidas para facilitar o desenvolvimento profissional e práticas de cuidados clínicos seguros. No entanto, os seis domínios de competências, podem ser complementados com outras ferramentas que permitam uma maior envolvimento e entusiasmo no processo de ensino e aprendizagem dos profissionais (Frank & Brien, 2008).

O domínio 1 do modelo de competências de segurança, denomina-se de cultura de segurança do doente e preconiza melhorar a cultura de segurança do doente, reconhecendo a importância de uma colaboração contínua, com o compromisso de defender a mudança e manter uma cultura justa.

O domínio 2 refere-se ao trabalho em equipa, sugerindo que as equipas interprofissionais de alto desempenho demonstrem capacidades e competências essenciais para uma prática colaborativa eficiente, eficaz e segura.

O domínio 3 inclui a comunicação quer seja escrita ou oral, que se pretende que seja eficaz, com informações claras e consistentes, gerando confiança aos doentes e familiares, de forma a estabelecer parcerias de cuidados. As ferramentas de comunicação são essenciais para aumentar a conscientização sobre as ameaças à segurança do doente.

O domínio 4 denomina-se de segurança, risco e melhoria da qualidade, que abrange a antecipação, identificação, redução e mitigação dos riscos de segurança para doentes e profissionais de saúde, através da implementação e avaliação de intervenções de melhoria da qualidade para a segurança do doente (Canadian Patient Safety Institute, 2020; Frank & Brien, 2008).

O domínio 5 denomina-se de otimização dos recursos humanos e sistemas, que engloba a gestão de pessoas (indivíduos, profissionais de saúde, doentes, familiares e equipas) e outros fatores do sistema (ferramentas/tecnologias, fatores organizacionais e ambientais) para otimizar a segurança do doente.

O domínio 6 inclui o reconhecimento, resposta e divulgação de incidentes de segurança do doente, reconhecendo-os como oportunidades de aprendizagem, de forma a estabelecer políticas e procedimentos apropriados para melhorar o desempenho da equipa e prevenir incidentes de segurança (Canadian Patient Safety Institute, 2020; Frank & Brien, 2008).

Em todos estes domínios, a comunicação tem um papel preponderante, porque comunicar é inerente ao comportamento humano e constitui-se como uma necessidade vital para a interação e sobrevivência da pessoa. A Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem (CIPE) define comunicação como um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 47). Segundo o Canadian Patient Safety Institute (2016), o domínio da comunicação centra-se nos processos em que os prestadores de cuidados de saúde e os líderes de cuidados de saúde partilham e recebem informações para desenvolver relações interpessoais positivas para um cuidado seguro e eficaz do doente. A este tipo de comunicação, Sequeira (2016, p. 6) denomina de comunicação em saúde, pois ocorre “num contexto de prestação de cuidados de saúde e rege-se por regras próprias, em função dos profissionais em interação e do tipo de intervenção”.

1.4.4. Comunicação em saúde: uma abordagem sistémica

Numa visão pragmática da comunicação, destaca-se, sem dúvida, a contribuição da Escola de Palo Alto, surgida em 1950, com um conceito de comunicação numa perspetiva interpessoal das ciências humanas. Esta escola de pensamento, preconiza que uma unidade comunicacional isolada é uma mensagem (uma comunicação) e uma sucessão de mensagens trocadas entre duas ou mais pessoas é considerada uma interação. Nesta abordagem, a comunicação reside nas relações do dia a dia entre os indivíduos e em toda a atividade da sociedade, sendo impossível não comunicar (Watzlawick et al., 2007). Tudo é comunicação, tudo é visto como mensagens de comunicação, até o silêncio, o gesto, o sorriso e não existem interações passivas, porque todo o comportamento é uma forma de comunicação e assume sempre o valor de mensagem.

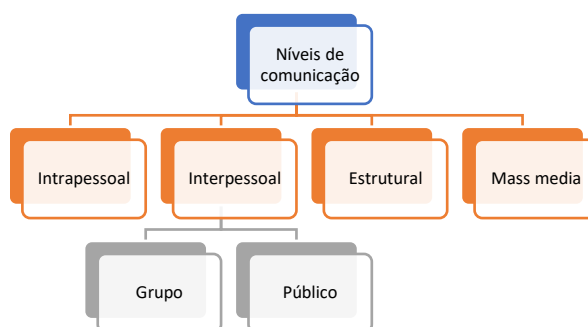
Phaneuf (2005), menciona que a comunicação se situa no plano cognitivo (domínio intelectual e informativo) e plano afetivo (domínio das emoções e sentimentos traduzido no comportamento verbal). Toda a interação humana tem implícita a transmissão de uma informação e simultaneamente uma orientação sob a forma como a informação deve ser interpretada, por isso a comunicação envolve sempre dois níveis de compreensão: o conteúdo (lógica informativa) e a relação (lógica relacional).

A informação por si só, não tem grande significado, é o nível de relação que permite perceber o entendimento que o recetor deverá fazer do significado da informação (Dias, 2018). A relação engloba o conteúdo e por conseguinte, estamos perante o que se designa de metacomunicação, que não se limita a transmitir uma informação, mas induz um comportamento, gerando uma mútua compreensão, que pressupõe uma atitude comunicativa integradora com inclusão da dimensão verbal e não verbal da comunicação (Sequeira, 2016).

Os processos comunicacionais verbais e não verbais compreensíveis tornam as relações humanas mais equilibradas conduzindo ao desenvolvimento integral do ser humano e sociedade e, consideram-se em dois níveis: o digital e o analógico. A comunicação digital refere-se à comunicação verbal e compreende as palavras (via oral e escrita). A comunicação analógica diz respeito a todas as formas de expressão não verbal (gestos, maneirismos, riso, sorriso, lágrimas, movimentações do corpo, presença de rubor, sudorese, tremores ou outros sinais) (Dias, 2018). Contudo, encontrar coerência entre estes modos de comunicação tem sido um grande desafio não apenas para os indivíduos, mas também para os investigadores, porque apesar de se complementarem, também se podem distorcer, por conotações, postura, gestos faciais ou qualquer outra expressão comportamental (Watzlawick et al., 2007).

Todo este processo comunicativo possui diferentes níveis tendo em conta o número de participantes que intervêm e o contexto em que decorre. Podemos considerar quatro níveis de comunicação: o intrapessoal, o interpessoal e estrutural e o mass media, conforme figura 4.

Figura 4 - Níveis de comunicação



Fonte: Sequeira (2016, p. 17)

Estes níveis de comunicação podem enquadrar-se numa das abordagens gerais da comunicação, o interacionismo simbólico, em que o foco incide sobre as interpretações dos indivíduos nos processos de interação consigo mesmo (intrapessoal) e no processo de interação interpessoal. Neste tipo de abordagem a mente, o eu e a sociedade são estruturas que se complementam, sendo a mente, fruto da interiorização de processos sociais da pessoa e o seu comportamento influenciado pela sua definição da situação (Stefanelli & Carvalho, 2012). George Mead, um interacionista simbólico, menciona que é neste intercâmbio de ideias, mensagens, percepções, interpretações, nesta interatuação simbólica através da linguagem, que os indivíduos formam a imagem de si mesmos, do outro e do mundo à sua volta (Mead, 1967).

Se nos reportarmos à teoria de Enfermagem de Imogene King no começo de 1960, esta defendia que os seres humanos eram sistemas abertos interacionais, com um sistema pessoal, interpessoal e social que interagiam entre si para garantir o equilíbrio e a saúde do indivíduo. O sistema pessoal compreende a pessoa de forma individual, as suas características, as suas percepções, o seu ego, a imagem corporal e o seu desenvolvimento. O sistema interpessoal é formado pela interação dos indivíduos em díades, tríades, pequenos e grandes grupos. O sistema social é formado por organizações com interesses e necessidades especiais, onde se incluem os conceitos de organização, autoridade, poder, status (King & Fawcett, 1997).

1.4.5. A Comunicação Intrapessoal e Interpessoal

A comunicação intrapessoal acontece na mente de um indivíduo, sendo considerada uma comunicação que a pessoa estabelece consigo mesma e com seus próprios sentimentos e aspirações (Littlejohn & Foss, 2011). Pode considerar-se como um momento de análise reflexiva sobre si próprio, em que o indivíduo se conhece, se valoriza, procura a interação com o outro e acredita nas suas capacidades (Sequeira, 2016). E a convicção do indivíduo nas suas próprias capacidades, que Bandura designa por autoeficácia, permite que o mesmo exerça controlo sobre os acontecimentos de vida, lide com obstáculos e procure desafios (Bandura, 1977). Um senso de autoeficácia em lidar com os desafios do local de trabalho e relacionamentos interpessoais difíceis, foi considerado favorecedor contra o esgotamento em enfermeiras canadenses (Fida et al., 2018).

A autopercepção das capacidades também influencia o modo como os indivíduos estabelecem objetivos para si próprios, e isto significa que quanto mais elevada for a autoeficácia percebida, maior é o grau de exigência dos seus objetivos e mais esforço investem nas ações que conduzem à sua realização, revelando melhor desempenho e comportamentos de comunicação adequados (Mata et al., 2021; Neves et al., 2019). A autoeficácia tem sido um construto utilizado para a autoavaliação do resultado das habilidades de comunicação, pois reconhece-se que influencia diretamente o desempenho dos profissionais (Axboe et al., 2016).

A base dos atos comunicativos é o contexto intrapessoal e este contexto envolve fatores como as percepções, a autoaceitação, autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal (Stefanelli & Carvalho, 2012). O conhecimento de si mesmo é determinante para as ações do indivíduo, mas também surge como resultado de acontecimentos. O que a pessoa pensa sobre ela própria, tem influência nas suas ações, ou seja, as considerações e reflexões positivas impactam diretamente na conquista do sucesso das ações, assim como

o sucesso nas ações aumenta a probabilidade de ter pensamentos positivos, o que melhora significativamente os relacionamentos interpessoais (Sequeira, 2016).

A tomada de consciência dos diálogos interiores é um estimulante desafio para um verdadeiro comunicador e tem impacto na sua vida (Watzlawick et al., 2007). As experiências anteriores e a maneira com estas se organizam dentro da pessoa constituem o nível intrapessoal, que influencia o modo de ser da pessoa e da forma como esta comunica.

Toda a comunicação traduz um passado de atitudes, valores, princípios e diversas experiências que constituem a marca do comportamento presente (Fachada, 2018). As crenças, valores, atitudes, nível de autoestima, características da personalidade, mecanismos de defesa contribuem para o modo como a pessoa se vê a si própria (Stefanelli & Carvalho, 2012). O comportamento de cada pessoa, forma-se em função da experiência, das pessoas, das situações percebidas, ou seja, em função da percepção que faz da realidade. Ter consciência deste fenómeno interno permite uma maior abertura e disponibilidade para reformular ideias e representações e maior compreensão dos pontos de vista dos outros (Fachada, 2018).

Para Gallrein et al.(2013) não existe um pleno autoconhecimento, todas as pessoas têm uma “área cega”, com comportamentos e motivações que não percebem acerca de si mesmas e o conhecimento que têm de si mesmas é limitado. Contudo, quanto mais se amplia a “área aberta”, quanto mais a pessoa se conhece e se deixa conhecer, mais consciente se torna sobre quem é, desenvolvendo o processo de amadurecimento, de forma a permitir uma comunicação fluente e saudável (Stefanelli & Carvalho, 2012). Só num processo de auto-observação dos seus pensamentos, das suas emoções e sensações é que a pessoa alcança a maturidade emocional que lhe permite aceitar formas de estar e viver diferentes da sua, tomar decisões, fazer escolhas conscientes e dirigir sua energia para mudar e resolver conflitos interpessoais (Peixoto et al., 2019).

Este conhecimento de si mesmo é essencial para o cuidado de enfermagem e é muitas vezes esquecido ou ignorado pelos profissionais. No processo comunicativo, quanto mais o enfermeiro se conhece, mais eficiente será na comunicação com o outro, sendo capaz de minimizar ou evitar a influência das suas crenças e valores sobre o comportamento do doente (Stefanelli & Carvalho, 2012). Phaneuf (2005) afirma que, um enfermeiro para conseguir desenvolver as qualidades de autoconfiança e de autoestima, tem primeiramente que se conhecer a si próprio. A “auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permitem-nos descobrir quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer portanto é melhor nos atualizarmos” (Phaneuf, 2005, p. 177). Esta habilidade de

autorreflexão leva o profissional de saúde a ampliar a percepção crítica sobre sua prática e sobre as emoções advindas no processo de cuidado (Dohms & Gusso, 2021).

Os indivíduos com uma atitude saudável e construtiva, acreditando em si mesmos, nas suas capacidades, inspiram confiança, possibilitam o diálogo e cooperação permitindo cultivar a comunicação interpessoal (Estanqueiro, 2019). A partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar, gera-se também oportunidade de crescimento e o amadurecimento pessoal do enfermeiro e do doente (Peplau, 1997).

Rogers defende que uma pessoa consegue comunicar de forma mais eficaz com os outros, se estabelecer uma conversa interna positiva e saudável consigo mesma, que influencia a autoestima, autoconfiança e os comportamentos de comunicação interpessoal (Rogers, 2010). A comunicação interpessoal compreende a comunicação estabelecida entre duas ou mais pessoas, permitindo ao enfermeiro no contexto da prática clínica, transmitir mensagens ao doente, observar, avaliar e fazer entrevistas (Sequeira, 2016). É um pilar fundamental no cuidar, englobando uma compreensão empática, cordialidade, assertividade, considerando o indivíduo independentemente de sua cultura, tradições, etnia, sexualidade, idade ou género (Larsen et al., 2021).

Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido avanços significativos na realização de diagnósticos precisos, a comunicação eficaz durante a prestação de cuidados constitui o maior determinante da precisão e extensão da informação recolhida pelo profissional de saúde, permitindo diminuir o erro em termos de diagnóstico e fomentar a qualidade das intervenções (Sequeira, 2016). Compreender e escutar os outros permite também um melhor conhecimento sobre si próprio (Phaneuf, 2005), por isso é que não podemos dissociar a comunicação intrapessoal da comunicação interpessoal, uma vez que ambas se influenciam mutuamente (Sequeira, 2016).

De acordo com Agency for Healthcare Research and Quality (2005), 10,8% dos utentes refere que por vezes não são ouvidos com atenção pelos enfermeiros. Estas lacunas na comunicação entre profissionais de enfermagem e utentes resulta em diminuição da qualidade de cuidado e insatisfação com o sistema de cuidados de saúde (Dohms & Gusso, 2021).

Uma comunicação eficaz é fundamental para o cuidado de enfermagem seguro e é necessária na construção de relacionamentos interpessoais com os utentes (Larsen et al., 2021). Mas, para que a interação com o doente seja terapêutica o profissional de saúde deve conhecer a situação/problema do doente e conhecer o doente que vive a situação/problema, dois requisitos fundamentais para o processo empático (Sequeira, 2016).

A capacidade empática permite entender os sentimentos, demonstrar sensibilidade, emoções e pontos de vista alheios (Becker, 2021). Manifesta-se por uma compreensão

profunda que permite ao enfermeiro colocar-se no lugar da pessoa, compreender os sentimentos e emoções (Phaneuf, 2005), preconizando que o enfermeiro tenha disponibilidade para escutar, um conhecimento de si mesmo que lhe permita não projetar a sua vivência no problema do outro e abster-se de emitir juízos de valor (Sequeira, 2016). A empatia engloba duas componentes que devem manter-se em equilíbrio, a empatia cognitiva ligada ao pensar (capacidade de compreender o que o outro pensa) e a empatia afetiva relacionada com o sentir, que envolve conexão e partilha do sentimento do outro (Peixoto et al., 2019; Splendore, 2021).

Segundo Phaneuf (2005), emerge primeiro a parte cognitiva da empatia e posteriormente a parte afetiva da empatia. Todavia, para que a relação empática se estabeleça, Carl Rogers defende que o profissional deve ser autêntico, aceitando e valorizando o utente sem fazer juízos de valor e desenvolver uma “escuta ativa”(Rogers, 1975).

Por vezes confunde-se empatia com simpatia no entanto, a simpatia é possível coexistir com empatia porque esta simpatia facilita o contato com o outro e permite a verbalização de experiências(Sequeira, 2016).

Outra dimensão importante neste processo de comunicação, é a assertividade, que Phaneuf (2005), considera como uma capacidade que o enfermeiro deve possuir para transmitir a mensagem, defender o seu ponto de vista, sem deixar de respeitar o outro de forma a que se mantenha o equilíbrio e o foco nos resultados a atingir.

A comunicação assertiva relaciona-se com as escolhas, comportamentos, valores, crenças e necessidades e permite que o profissional e utente transmitam a sua opinião através da comunicação verbal e não-verbal sem invadir o espaço um do outro (Marcolino, 2021; Sequeira, 2016). Ser assertivo é expressar de forma aberta e honesta os seus sentimentos, as suas opiniões, valorizando e expressando respeito pelos pontos de vista dos outros, sem negar a própria existência (Narciso, 2021; Neves et al., 2019).

Existem 3 áreas principais da assertividade: a *autoafirmação* que compreende a defesa dos interesses e opiniões pessoais; a *expressão de sentimentos positivos* que consiste em expressar elogios e afetos; a *expressão de sentimentos negativos* que se traduz pela manifestação de descontentamento, desconforto e mal-estar (Sequeira, 2016).

A assertividade e empatia podem e devem ser treinadas para que consigamos criar conexões com os doentes e nas equipas clínicas, de forma a promover relações de confiança e segurança nos cuidados. Como nos diz Santos e Grilo (2021, p. 63) “comunicar com o doente e comunicar dentro das equipas tem que ser aprendido, reaprendido, e aprendido outra vez”.

1.4.6. A Comunicação Interprofissional

As instituições de saúde constituem espaços interprofissionais onde ocorrem processos de comunicação complexos e dinâmicos entre diferentes identidades profissionais (Petry & Diniz, 2020). A comunicação interprofissional eficaz é uma habilidade essencial que deve ser concetualizada e desenvolvida por todos os profissionais de saúde para atingirem um alto nível de proficiência. Mas, não basta juntar profissionais para formar uma equipa, é importante que a equipa trabalhe com um objetivo comum, em complementaridade e articulação, por oposição à competitividade ou passividade (Nunes, 2021).

Os profissionais de saúde trabalham inevitavelmente juntos, mas são formados para trabalhar separadamente, o que se constitui como uma barreira para o desenvolvimento de práticas colaborativas e de efetivo trabalho em equipa (Freire Filho et al., 2019). É premente romper com a cultura uniprofissional e, imprescindível trabalhar de forma cooperativa, partilhar competências e experiências, ao mesmo tempo, que se respeita a habilidade e a experiência de cada um (Webb, 2020). Independentemente da posição dos profissionais na organização, quando o ambiente apoia o trabalho em equipa e respeita as competências de cada, a segurança e a qualidade dos cuidados é preservada (Schyve, 2017).

O trabalho de colaboração interprofissional preconiza o desenvolvimento de relações interprofissionais eficazes, incluindo o respeito pelos valores éticos dos membros, confiança, confidencialidade, disponibilidade, comunicação aberta e tomada de decisão compartilhada para os melhores resultados possíveis (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). Segundo o artigo 91º da deontologia profissional de enfermagem, o enfermeiro integrado numa equipa de saúde tem o dever de: “a) Actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”(Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 104).

Os enfermeiros estão fortemente envolvidos nas equipas multiprofissionais e todos os dias precisam de utilizar estratégias nas equipas para uma melhor interação, compreendendo primeiramente o seu próprio papel na equipa, gerindo os recursos disponíveis e assumindo a liderança na coordenação dos cuidados com a utilização de ferramentas adequadas de comunicação e gestão (Webb, 2020).

Sequeira (2016), reforça que as competências comunicacionais de um profissional de saúde, dentro de uma equipa passam por promover o trabalho em equipa e fomentar a capacidade de liderança e de gestão de conflitos. E gerir conflitos de forma eficaz é uma competência indispensável aos profissionais de saúde e particularmente aos líderes das

equipas, que devem manter os canais de comunicação abertos para divulgar claramente os objetivos organizacionais aos colaboradores, promovendo a tomada de decisão compartilhada (Mosadeghrad & Mojbatan, 2019).

O conflito em contexto organizacional deve ser encarado como um processo interativo que abrange incompatibilidades ou desacordos, confronto de opiniões ou interesses divergentes acerca de aspetos relevantes para a organização (Neves et al., 2019). Nas organizações de saúde os conflitos surgem porque trabalham no mesmo espaço diferentes profissionais, com diferentes perspetivas, valores e objetivos (Fachada, 2018).

Os recursos humanos escassos, elevadas cargas de trabalho, burocracia, diferentes competências dos profissionais, são algumas das causas de conflitos ao nível das instituições hospitalares, que intensificam o stress dos profissionais, reduzem a concentração da equipa e aumentam os erros nos cuidados de saúde (Pitsillidou et al., 2018). Contudo, o conflito pode estimular os profissionais a analisar com mais clareza a complexidade do relacionamento no trabalho, a impulsionar a produtividade organizacional, a orientar para a resolução de problemas, a promover o desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento (Mosadeghrad & Mojbatan, 2019; Neves et al., 2019).

A resolução positiva dos conflitos incentiva o respeito mútuo entre os enfermeiros e os outros elementos da equipa de saúde, promove o trabalho em equipa, a satisfação profissional, fomentando uma prestação de cuidados segura e de qualidade (Grubaugh & Flynn, 2018; McKibben, 2017). No entanto, para uma gestão adequada das situações de conflito, é imprescindível o uso combinado de competências individuais de comunicação, tais como escuta ativa, dar e receber feedback, argumentar de forma persuasiva, uma maior capacidade de tolerância e negociação (Neves et al., 2019). Num contexto de gestão de conflitos, é também sempre conveniente considerar as causas, efetuando uma abordagem positiva à situação e procurando soluções compartilhadas através de um processo de comunicação eficaz (McKibben, 2017).

Os profissionais tendo consciência das competências que precisam de adquirir ou aperfeiçoar para a gestão de conflitos, devem procurar formação que lhes permita trabalhar a comunicação, a consciência emocional, o controlo do stress e de gestão do tempo (Mosadeghrad & Mojbatan, 2019; Neves et al., 2019).

Quando falamos de comunicação nas instituições de saúde, não podemos esquecer um dos momentos cruciais de comunicação entre os profissionais de saúde, que acontece nos momentos de *handover*. Estes momentos de transferência de responsabilidade de cuidados e de informação pertinente entre os prestadores de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a continuidade e segurança do cuidado ao doente através de uma comunicação eficaz (The Joint Commission, 2017). Esta comunicação eficaz caracteriza-se

por ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada compreendida pelo recetor” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 4).

Cada instituição hospitalar tem desafios relacionados à transição de cuidados de saúde pela elevada frequência de *handovers* que acontecem diariamente. Um hospital-escola pode ter 4.000 transições de cuidados de saúde todos os dias, que por vezes são realizadas de forma pouco estruturada (The Joint Commission, 2017). A fragmentação dos sistemas de saúde, com a necessidade dos doentes recorrerem a diferentes unidades para dar resposta à sua situação de saúde, originou um aumento das transições de cuidados e uma maior probabilidade da ocorrência de falhas na continuidade dos cuidados (Caldas & Gomes, 2021).

A *Joint Commission* identificou os erros de comunicação como o fator que mais contribui para os erros em saúde, sendo nos momentos de transição de cuidados que cerca de 80% dos eventos adversos acontece (World Health Organization, 2007). Muitos fatores estão envolvidos nestas lacunas de comunicação tais como: a falta de formação dos profissionais, as barreiras linguísticas, a documentação inadequada, incompleta ou inexistente e a estrutura física das unidades, pelo que a *Joint Commission* reforça a necessidade das organizações de saúde identificarem as causas das falhas de comunicação nestes momentos de forma a implementar soluções (The Joint Commission, 2017).

A DGS em 2017, emitiu a norma “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde” para uniformização de práticas, garantindo uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e a segurança dos cuidados. Esta norma apresenta a técnica ISBAR (acrônimo para identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendação) que funciona como um instrumento facilitador da comunicação na transferência de informação, uma vez que permite uma “fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 6).

Todas as instituições de saúde necessitam de investir na formação das equipas, usando métodos como: a observação em tempo real, o *feedback* de desempenho, a dramatização e simulação, de forma a reforçar o trabalho em equipa, a confiança, a consciência situacional, funções e responsabilidades de cada elemento da equipa para atingir um nível elevado de desempenho nas práticas de transferência e transições hospitalares. Porém, este nível de desempenho só é possível alcançar com programas de monitorização contínua, recursos humanos adequados e uma incondicional liderança (The Joint Commission, 2017).

A liderança é considerada como a capacidade de identificar prioridades, determinar objetivos, mobilizar elementos e recursos necessários para os alcançar (Chunharas & Davies, 2016). Também é encarada como um fenómeno de influência interpessoal exercida numa determinada situação com vista à comunicação de determinados objetivos (Fachada, 2018). Nas organizações de saúde os líderes devem inspirar, motivar e desenvolver a comunicação alicerçada em valores, na missão e visão da instituição, influenciando o desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças dos colaboradores (Reis, 2019). Segundo a OMS, o compromisso da liderança envolve transparência, uma comunicação aberta, respeito, o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem com os erros, uma política de não culpabilização, a valorização e apoio aos profissionais de saúde, para que se possam antecipar as fragilidades do sistema e responder aos desafios diários dos cuidados de saúde (Lebre et al., 2022).

Presumivelmente todas as instituições de saúde têm uma estrutura de liderança formada por três grupos: a direção, os gestores das unidades e os profissionais de saúde líderes nas equipas de cuidados, devendo os enfermeiros prestadores de cuidados ser incluídos nas decisões de liderança acerca da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Schyve, 2017). Nas equipas de enfermagem surgem por vezes de forma espontânea, elementos que são reconhecidos como líderes por serem elementos que motivam os outros, que gerem situações críticas e dominam conflitos, pois como refere Bahlman-van Ooijen et al. (2022), líder pode ser aquele profissional competente que desenvolve comportamentos de liderança ao longo do tempo, com base na experiência de trabalho, motivando e inspirando os colegas a agir, sempre com o foco na melhoria da qualidade dos cuidados.

A OMS refere que é necessário apostar numa nova geração de líderes de segurança do doente, que sejam qualificados para criar estruturas, processos e programas que permitam uma cultura organizacional positiva, garantindo que todos os sistemas e procedimentos cumprem os mais altos padrões de cuidados (World Health Organization, 2020b). A *Joint Commission*, recomenda que os líderes tomem medidas para estabelecer e melhorar continuamente os cinco componentes de uma cultura de segurança: confiança, responsabilidade, identificação de condições inseguras, fortalecimento de sistemas e avaliação (Schyve, 2017). Este comprometimento do líder pressupõe um processo de liderança autêntica, implicando um autoconhecimento sobre os seus pontos fortes, limitações, uma coerência nas suas ações e transparência no compartilhamento de informações, de forma a construir um ambiente de confiança e integridade nos serviços de saúde (Maziero et al., 2020; Mondini et al., 2020).

Sendo a liderança um processo de influência, é necessário que o líder modifique intencionalmente o comportamento de outros elementos para determinados objetivos,

através do modo como utiliza a suas competências, como apoia a equipa, como facilita a comunicação interprofissional, esbatendo as distâncias geradas pela estrutura hierárquica e de poder (Fachada, 2018). Este tipo de liderança capaz de influenciar positivamente o desenvolvimento dos elementos da equipa é considerada uma liderança transformacional, que se concentra nas pessoas e nos relacionamentos, com partilha de responsabilidades, desenvolvendo a confiança na equipa pela escuta ativa e empatia (Cope & Murray, 2017). A liderança eficaz não é necessariamente uma habilidade natural, mas com necessidade de treino (Cope & Murray, 2017). Desta forma, as organizações de saúde devem incentivar elementos das equipas de enfermagem a aprimorar os seus atributos comportamentais, organizacionais e relacionais e a desenvolver comportamentos de liderança eficazes através do treino. Isto permite constituir líderes transformacionais que possam criar ambientes motivadores e estimulantes, potencializando o conhecimento da equipa para aumentar a satisfação no trabalho, a efetividade e a segurança das intervenções de enfermagem (Ferreira et al., 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *National Healthcare Disparities Report*. <https://archive.ahrq.gov/qual/nhdr05/nhdr05.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019a, September 7). *Culture of safety*. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019b, September 7). *High Reliability*. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/high-reliability>
- Akbari, N., Malek, M., Ebrahimi, P., Haghani, H., & Aazami, S. (2017). Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam Province, Iran: A census survey using HSOPSC tool. *Pan African Medical Journal*, 27, 1–6. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.268.9776>
- Allué, N., Chiarello, P., Bernal Delgado, E., Castells, X., Giraldo, P., Martínez, N., Sarsanedas, E., & Cots, F. (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>
- Alquwez, N., Cruz, J. P., Almoghairi, A. M., Al-otaibi, R. S., Almutairi, K. O., Alicante, J. G., & Colet, P. C. (2018). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 422–431. <https://doi.org/10.1111/jnu.12394>

- Alves, M. F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Barriers to patient safety incident reporting by brazilian health professionals: An integrative review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- American College of Healthcare Executives. (2017). *Leading a culture of safety: A blueprint for success*. https://www.ache.org/-/media/ache/safety/leading_a_culture_safety_ache.pdf
- Amiri, A. (2020). Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: Evidence from obstetric trauma in OECD countries. *Applied Nursing Research*, 56, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>
- Ansari, S. P., Rayfield, M. E., Wallis, V. A., Jardine, J. E., Morris, E. P., & Prosser-Snelling, E. (2019). *A Safety Evaluation of the Impact of Maternity-Orientated Human Factors Training on Safety Culture in a Tertiary Maternity Unit*. www.journalpatientsafety.com
- Araújo, A., Lima, J., & Néné, M. (2021). Nascimento seguro. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Axboe, M. K., Christensen, K. S., Kofoed, P. E., & Ammentorp, J. (2016). Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0798-7>
- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
- Bahlman-van Ooijen, W., van Belle, E., Bank, A., de Man-Van Ginkel, J., Huisman-de Waal, G., & Heinen, M. (2022). Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15329>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Becker, A. (2021). A inteligência emocional e sua relação com a comunicação assertiva. In C. Benatti & A. Becker (Eds.), *Comunicação Assertiva: o que você precisa de saber para melhorar as suas relações pessoais e profissionais* (pp. 27–31). São Paulo SP: Literare Books.
- Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V., & Hatem, M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: A case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>
- Bruno, P. (2021). Segurança do doente e o direito. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 97–106). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Caldas, L., & Gomes, L. B. (2021). Comunicação eficaz nas transições de cuidados. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 79–88). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Campione, J., & Famolaro, T. (2018). Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework* (Issue February). university of british Columbia. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Canadian Patient Safety Institute. (2016). *Report on the integration of the Safety Competencies Framework into health professions education programs in Canada*. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Integration-of-Safety-Competencies-Framework/Documents/Report%20on%20the%20Integration%20of%20the%20Safety%20Competencies%20Framework.pdf>
- Canadian Patient Safety Institute. (2020). *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions* (2nd Edition). Edmonton, Alberta. www.patientsafetyinstitute.ca
- Carmo, J. M. A. do, Mendoza, I. Y. Q., Goveia, V. R., Souza, K. V. de, Manzo, B. F., & Guimarães, G. de L. (2020). Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190576. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
- Catling, C., & Rossiter, C. (2020). Midwifery workplace culture in Australia: A national survey of midwives. *Women and Birth*, 33(5), 464–472. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.008>
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Chunharas, S., & Davies, D. S. C. (2016). Leadership in health systems: A new agenda for interactive leadership. In *Health Systems and Reform* (Vol. 2, Issue 3, pp. 176–178). Taylor and Francis Inc. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1222794>
- Coffman, S. (2010). Marilyn Anne Ray: Theory of Bureaucratic Caring. In *Nursing Theorists and their work* (7th ed., pp. 113–136). Missouri: Mosby Elsevier.
- Conselho da União Europeia. (2009). RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Official Journal of the European Union*, C(151), 1–6.
- Cope, V., & Murray, M. (2017). Leadership styles in nursing. *Nursing Standard*, 31(43), 61–70. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10836>

- Dekker, S. W. A., & Breakey, H. (2016). “Just culture:” Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, 85, 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.01.018>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República: 2.ª série, n.º 28*. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República: 2ª serie, n.º 102*. <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Despacho n.º 6430/2017 do Ministério da Saúde. (2017). *Diário da República: 2ª série, n.º 142*.
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021a). *Diário da República: 2.ª série — N.º 187*.
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021b). *Diário da República: 2.ª série, n.º 187*. 96–103. <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
- Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: 2.ª série — N.º 120*. <https://dre.pt/application/conteudo/3594950>
- Dias, F. N. (2018). *Comunicação é fogo : os segredos do desenvolvimento social e humano* (1ª ed.). Lisboa : Chiado Books.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transicao de cuidados de saúde. In *Departamento da Qualidade na Saúde: Norma nº1 DQS/DGS* (Norma nº 1).
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente* (Norma nº 17, Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa, Portugal: Autor).
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 025/2013: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. http://90plan.ovh.net/extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Unidades de Saúde Certificadas - 2010 - 2021*. 279. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dqs-unidades-de-saude-acreditadas1.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Norma N.º 008/2013: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0022014-de-25022014-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2014a). *Norma n.º 015/2014: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes-NOTIFICA*.
- Direção-Geral de Saúde. (2020a). *Norma nº 005/2018: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. 1–5. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

- Direção-Geral de Saúde, D. da Q. na S. (2014b). *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde - Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. 1–28.
- Direção-Geral de Saúde, D. da Q. na S. (2020b). *Monitorização da Qualidade e Segurança*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-reuniao-dez-2019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*.
- Dohms, M., & Gusso, G. (2021). *Comunicação clínica : aperfeiçoando os encontros em saúde* (Porto Alegre:Artmed;., Ed.).
- Ederer, C., König-Bachmann, M., Romano, I., Knobloch, R., & Zenzmaier, C. (2019). Midwives' perception of patient safety culture—A qualitative study. *Midwifery*, 71, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.020>
- Eiras, M. (2018). *Literacia para a segurança dos cuidados de saúde – projeto piloto*. https://docplayer.com.br/112664251-Literacia-para-a-seguranca-dos-cuidados-de-saude-projeto-piloto.html#google_vignette
- Eiras, M. (2021). Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 41–50). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111–122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Informação de monitorização: Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia-partos*.
- Estanqueiro, A. (2019). *Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal* (25ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- EUNetPaS. (2010). *Use of patient safety culture instruments and recommendations*. European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators.
- Fachada, M. O. (2018a). *Psicologia das Relações Interpessoais* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Fachada, M. O. (2018b). *Psicologia das Relações Interpessoais* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Famolaro, T., Dyer, N., Hare, R., Thornton, S., Meadows, K., Fan, L., Birch, R., & Sorra, J. (2018). Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report. In *Agency of Healthcare Research in Quality*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsreport.pdf>

- Famolaro, T., Hare, R., Yount, N., Fan, L., Liu, H., & Sorra, J. (2021). *Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0:2021 user database report*. Agency of Healthcare Research in Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf>
- Fassarella, C. S., Silva, L. D. da, Camerini, F. G., & Figueiredo, M. do C. A. B. (2019). Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 767–773. <https://doi.org/doi:10.1590/0034-7167-2018-0376>
- Ferreira, V. B., Amestoy, S. C., Silva, G. T. R. da, Trindade, L. de L., Santos, I. A. R. Dos, & Varanda, P. A. G. (2020). Transformational leadership in nursing practice: challenges and strategies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190364. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0364>
- Fida, A., Ghaffar, A., Zaman, A., & Satti, A. N. (2018). Gender Comparison of Emotional Intelligence of University Students. *Journal of Education and Educational Development*, 5(1), 172–188. <https://doi.org/D0I:10.22555/joeed.v5i1.2046>
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lidel.
- Fragata, J., Sousa, P., & Santos, R. (2019). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In Sousa, P, Mendes W., editors. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (2ª ed., pp. 17–36). Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz. <https://doi.org/http://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Frank, J. R., & Brien, Susan. (2008). *The safety competencies:enhancing patient safety across the health professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute. https://simulation.mcmaster.ca/documents/Safety_Competencies.pdf
- Freire Filho, J. R., Silva, C. B. G., Costa, M. V. da, & Forster, A. C. (2019). Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, 43(spe1), 86–96. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s107>
- Fundação para a Saúde - Serviço Nacional De Saúde. (2019). *Serviço nacional de saúde: breve interpretação e linhas para a sua transformação*. https://www.apfh.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile343.pdf
- Gallrein, A. M. B., Carlson, E. N., Holstein, M., & Leising, D. (2013). You spy with your little eye: People are “blind” to some of the ways in which they are consensually seen by others. *Journal of Research in Personality*, 47(5), 464–471. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.04.001>
- Gaspar, F. (2021). *Resultados do Plano Nacional para a segurança do doente 2015-2020 [Apresentação de comunicação oral]*. Conferência “A Segurança do Doente em Portugal”, Lisboa, Portugal.
- Gissler, M. (2015). *Quality and Patient Safety Indicators in Obstetrics: a review on how quality and patient safety have been measured in high-income countries with a recommendation*

- on a core set of indicators for the Nordic countries. National Institute for Health and Welfare. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127024/URN_ISBN_978-952-302-545-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Granel-Giménez, N., Palmieri, P. A., Watson-Badia, C. E., Gómez-Ibáñez, R., Leyva-Moral, J. M., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2022). Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
- Grubaugh, M. L., & Flynn, L. (2018). Relationships among Nurse Manager Leadership Skills, Conflict Management, and Unit Teamwork. *Journal of Nursing Administration*, 48(7–8), 383–388. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000633>
- Harvie, K., Sidebotham, M., & Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, 32(6), e584–e593. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- Health and Social Care Committee - House of Commons. (2021). *The safety of maternity services in England: Fourth Report of Session 2021–22*. <https://committees.parliament.uk/publications/6578/documents/73151/default/>
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. In *Quality and Safety in Health Care* (Vol. 12, Issue SUPPL. 1). https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (D. Washington, Ed.). The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- International Council of Nurses. (2012). *Patient safety [position statement]*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety.pdf
- International Council of Nurses. (2018). *Evidence-based safe nurse staffing [position statement]*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf
- Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06956-6>
- King, I., & Fawcett, J. (1997). *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.
- King, J., & Anderson, C. M. (2012). *The Canadian Interprofessional Patient Safety Competencies: Their Role in Health-Care Professionals' Education*. www.journalpatientsafety.com
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 310–317. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693>

- Leape, L. L. (2021). *Making healthcare safe: the story of the patient safety movement*. Springer.
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Liberati, E. G., Tarrant, C., Willars, J., Draycott, T., Winter, C., Kuberska, K., Paton, A., Marjanovic, S., Leach, B., Lichten, C., Hocking, L., Ball, S., & Dixon-Woods, M. (2021). Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Quality & Safety*, 30(6), 444–456. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010988>
- Lippke, S., Wienert, J., Keller, F. M., Derksen, C., Welp, A., Kötting, L., Hofreuter-Gätgens, K., Müller, H., Louwen, F., Weigand, M., Ernst, K., Kraft, K., Reister, F., Polasik, A., Huener Nee Seemann, B., Jennewein, L., Scholz, C., & Hannawa, A. (2019). Communication and patient safety in gynecology and obstetrics - Study protocol of an intervention study. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4579-y>
- Littlejohn, S. W., & Foss, K. A. (2011). *Theories of Human Communication* (10th ed.). Waveland Press, Inc.
- Magalhães, E. V., Paiva, F. O., Alves, M. E. S., & Almeida, M. C. (2021). Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. *Revista Cuidarte*, 12(3):e199. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1990>
- Marcolino, W. (2021). O Mindset do comunicador assertivo. In C. Benatti & A. Becker (Eds.), *Comunicação Assertiva: o que você precisa de saber para melhorar as suas relações pessoais e profissionais* (pp. 19–24). São Paulo, SP: Literare Books.
- Marra, V. N., & Sette, M. de L. (2016). *Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial de saúde: Edição Multiprofissional (Organização Mundial da Saúde, Trans.)*. Rio de Janeiro: Autografia (obra originalmente publicada em 2011). www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-
- Martins, L. (2014). Errar é humano: a dimensão do problema ou a epidemiologia do erro em medicina. In *Fragata, José Martins, Luís O erro em Medicina: perspetivas do individuo, da organização e da sociedade* (2ª ed., pp. 29–38). ENSP, CDEADE, Fiocruz. <https://doi.org/http://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Mata, Á. N. S., Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., Medeiros, G. C. B. S., Segundo, V. H. O., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2021). Training in

- communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
- Maziero, V., Bernardes Gomes, A., Vendas Righetti, E. A., Spiri, W. C., & Gabriel, C. S. (2020). Aspectos positivos da liderança autêntica no trabalho do enfermeiro: enfermeiro: revisão integrativa Positive. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 53. https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190118.pdf
- McKibben, L. (2017). Conflict management: importance and implications. *British Journal of Nursing*, 26(2), 100–103. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.2.100>
- Mead, G. H. (1967). *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago : University of Chicago Press.
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2009). Portaria nº 155/2009 de 10 de fevereiro. *Diário Da República Nº 28 - I Série*, 878–881.
- Mondini, C. C. da S. D., Cunha, I. C. K. O., Trettene, A. D. S., Fontes, C. M. B., Bachega, M. I., & Cintra, F. M. R. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180888. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
- Mosadeghrad, A. M., & Mojbfan, A. (2019). Conflict and conflict management in hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(3), 550–561. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2017-0165>
- Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. (2020). *Envelhecimento*. 1–5.
- Narciso, A. (2021). Comunicação assertiva no processo de coaching. In C. Benatti & A. Becker (Eds.), *Comunicação Assertiva: o que você precisa de saber para melhorar as suas relações pessoais e profissionais* (pp. 179–184). São Paulo, SP: Literare Books.
- Neves, J., Garrido, M. V., & Simões, E. (2019). *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais - Teoria e Prática* (3ª ed. Revista). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Neves, P. E. (2002). As dimensões do cuidar em enfermagem : concepções teórico-filosóficas. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, 6(1), 79–92. <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v6s1a08.pdf>
- Nunes, L. (2021). Segurança do doente e Responsabilidade Profissional. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 107–121). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer MCEESMO 43/2019 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Cálculo das dotações seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_calculo_dotações_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Anuário estatístico nacional*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Peixoto, A., Simões, A., Teles, A., Osório, E., Ramalho e Silva, F., Rodrigues, H., Carvalho, I. P., Vale, I. C., Ferreira, J., Monteiro, J., Saganha, J., Correia, L. M., Braga, M. F., Moraes, M., Valente, P., Martins, R. G., Pedrosa, R., Silva, R. R., Cruz, R., ... Pais, V. (2019). *Competências clínicas de comunicação*. Porto : Faculdade de Medicina da Universidade.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Petry, L., & Diniz, M. B. C. (2020). Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene*, 21, e43080. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>
- Pettker, C. M., & Grobman, W. A. (2015). Obstetric Safety and Quality. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 126, Issue 1, pp. 196–206). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000918>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures : Lusociência.
- Pitsillidou, M., Farmakas, A., Noula, M., & Roupas, Z. (2018). Conflict management among health professionals in hospitals of Cyprus. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 953–960. <https://doi.org/10.1111/jonm.12631>
- Potter, M. A., & Wilson, C. (2017). Applying Bureaucratic Caring Theory and the Chronic Care Model to Improve Staff and Patient Self-Efficacy. In *Nursing Administration Quarterly* (Vol. 41, Issue 4, pp. 310–320). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000256>
- Rafter, N., Hickey, A., Conroy, R. M., Condell, S., O'Connor, P., Vaughan, D., Walsh, G., & Williams, D. J. (2017). The Irish National Adverse Events Study (INAES): The frequency and nature of adverse events in Irish hospitals - A retrospective record review study. *BMJ Quality and Safety*, 26(2), 111–119. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>
- Ragusa, A., Ushiro, S., Svelato, A., Strambi, N., & Di Tommaso, M. (2021). Obstetric Safety Patient. In L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia (Eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (pp. 205–212). <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-59403-9>

- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do doente: princípios e conceitos. In *Barroso F, Sales L, Ramos S, editors .Guia prático para a segurança do doente* (pp. 3–10). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ray, M. A. (1981). *A study of caring within an institutional culture* [Doctor of Philosophy]. The University of Utah.
- Ray, M. A. (1987). Healthcare economics and human caring innursing: why the moral conflict must be resolved. *Fam Community Health*, 10(1), 35–43.
- Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31–42. <https://doi.org/10.1097/00006216-198901320-00007>
- Ray, M. A. (2005). Marilyn Anne Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In *Nursing theories and nursing practice* (2th ed, pp. 360–368). Philadelphia: F. A. Davis. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/nursing_theories_and_nursing_practice__se_cond_edition.pdf
- Ray, M. A. (2021). Evolution of Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal for Human Caring*, 25(3), 159–175. <https://doi.org/10.20467/HumanCaring-D-20-00043>
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2014). Caring as emancipatory nursing praxis: The theory of relational caring complexity. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 132–146. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000024>
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate. file:///C:/Users/Claudia Bras/Downloads/Managing the Risks of Organizational Accidents by James Reason (z-lib.org) (1).pdf
- Reason, J. (2013). *A life in error: from little slips to big disasters*. Ashgate CRC Press. <https://pt1lib.org/book/2836091/0dcaf1>
- Reason, J. (2016). Organizational accidents revisited. In *Organizational Accidents Revisited*. CRC Press Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315562841>
- Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: 2ª série, nº 79*. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2ª série, nº 85*.
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2ª série, nº 26*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Reis, C. T. (2019). Cultura de segurança em organizações de saúde. In *Sousa, P, Mendes W., editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (2ª ed., pp. 75–99). Rio de janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz. <https://doi.org/http://doi.org/10.7476/9788575416426>

- Ribeliene, J., Blazevidiene, A., Nadisauskiene, R. J., Tameliene, R., Kudreviciene, A., Nedzelskiene, I., & Macijauskiene, J. (2019). Patient safety culture in obstetrics and gynecology and neonatology units: the nurses' and the midwives' opinion. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 32(19), 3244–3250. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1461831>
- Ribelienė, J., Macijauskienė, J., Tamelienė, R., Kudrevičienė, A., Nedzelskienė, I., & Blaževičienė, A. (2022). Factors Relating to a Safety Culture in the University Perinatal Center: The Nurses' and Midwives' Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph19169845>
- Rickard, F., Lu, F., Gustafsson, L., MacArthur, C., Cummins, C., Coker, I., Wilson, A., Mane, K., Manneh, K., & Manaseki-Holland, S. (2022). Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>
- Rocha, R. C., de Abreu, I. M., de Carvalho, R. E. F. L., da Rocha, S. S., Madeira, M. Z. D. A., & Avelino, F. V. S. D. (2021). Patient Safety Culture in Surgical Centers: Nursing Perspectives. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55, 1–9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
- Rodríguez-García, M. C., Martos-López, I. M., Casas-López, G., Márquez-Hernández, V. v., Aguilera-Manrique, G., & Gutiérrez-Puertas, L. (2022). Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.002>
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2–10. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rönnerhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2019). A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 585–593. <https://doi.org/10.1111/jan.13864>
- Sanchis, D. Z., Haddad, M. do C. F. L., Giroto, E., & Silva, A. M. R. (2020). Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190174. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Santos, M. C., & Grilo, A. M. (2021). Comunicação e Gestão da Informação para a segurança do doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 63–77). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Schein, E. (2017). *Organizational culture and leadership* (5^a ed., Vol. 4). Wiley. file:///C:/Users/Claudia Bras/Downloads/Organizational Culture and Leadership, 5th edition by Edgar H Schein (z-lib.org).pdf
- Schmiedhofer, M., Derksen, C., Keller, F. M., Dietl, J. E., Häussler, F., Strametz, R., Koester-Steinebach, I., & Lippke, S. (2021). Barriers and facilitators of safe communication in obstetrics: Results from qualitative interviews with physicians, midwives and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030915>
- Schyve, P. M. D. (2017). *Leadership in Healthcare Organizations: A Guide to Joint Commission Leadership Standards* (2nd ed.). The Governance Institute. https://nrchealth.com/wp-content/uploads/2017/06/WP_JC_Leadership-in-Healthcare-Organizations_Second_Schyve_Carr.pdf
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1^a ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Skoogh, A. (2022). *Patient safety in intrapartum care: Adverse events and healthcare professionals' perceptions of patient safety, patient safety culture and teamwork*. Karlstad University.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *Agency of Healthcare Research in Quality N° 04-0041*. [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User guide HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf)
- Sousa, P. (2021). *Contributos para o Plano Nacional para a segurança dos doente 2021-2026 [Apresentação de comunicação oral]*. Conferência “A Segurança do Doente em Portugal”, Lisboa, Portugal. <https://www.youtube.com/watch?v=naAWN6jvPkw>
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. [https://www.academia.edu/1460412/ORIGINAL_Segurança_do_doente_eventos_adversos_em_hospitais](https://www.academia.edu/1460412/ORIGINAL_Seguran%C3%A7a_do_doente_eventos_adversos_em_hospitais)
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F., & Freitas, A. (2018). Frequency and impact of adverse events in inpatients: nationwide analysis of episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(3). <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- Sousa-Uva, A., & Serranheira, F. (2019). Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In Sousa, Paulo Mendes, Walter *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (2^a ed., pp. 115–138). ENSP, CDEADE, Fiocruz. <https://doi.org/http://doi.org/10.7476/9788575416426>

- Splendore, M. (2021). Empatia: uma força revolucionária. In C. Benatti & A. Becker (Eds.), *Comunicação Assertiva: o que você precisa de saber para melhorar as suas relações pessoais e profissionais* (pp. 35–40). São Paulo, SP: Literare Books.
- Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2012). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (2ª ed., rev. e ampl.). Barueri: Manole.
- The Joint Commission. (2004). *Preventing infant death and injury during delivery - Sentinel Event Alert*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_30.pdf
- The Joint Commission. (2017). *Sentinel event* (Issue 58, pp. 1–6). [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139)
- Thumm, E. B., & Flynn, L. (2018). The Five Attributes of a Supportive Midwifery Practice Climate: A Review of the Literature. In *Journal of Midwifery and Women's Health* (Vol. 63, Issue 1, pp. 90–103). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12707>
- Turkel, M. C. (2007). Continuing Education: Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal of Human Caring*, 11(4), 57–69. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.4.57>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2007). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Webb, L. (2020). *Communication skills in nursing practice* (2nd edition). Los Angeles: Sage.
- World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. <https://doi.org/10.2165/00002018-200528050-00002>
- World Health Organization. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2007). Communication during patient Hand Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>
- World Health Organization. (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215->

eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/

World Health Organization. (2020a). *Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4

World Health Organization. (2020b). *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

World Health Organization. (2020c). *State of the World's Nursing: Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Zech, A., Gross, B., Jasper-Birzele, C., Jeschke, K., Kieber, T., Lauterberg, J., Lazarovici, M., Prückner, S., Rall, M., Reddersen, S., Sandmeyer, B., Scholz, C., Stricker, E., Urban, B., Zobel, A., & Singer, I. (2017). Evaluation of simparteam- A needs-orientated team training format for obstetrics and neonatology. In *Journal of Perinatal Medicine* (Vol. 45, Issue 3, pp. 333–341). Walter de Gruyter GmbH. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0091>

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA GERAL

Toda a investigação científica é um processo sistemático, rigoroso e adequado ao objeto de estudo, contribuindo para explicar e compreender fenômenos, validar conhecimentos e produzir novos, que de forma direta ou indireta, irão influenciar a prática profissional (Fortin, 2009).

Investigar é uma atividade que pressupõe a intencionalidade de quem investiga e um conjunto de métodos, técnicas e metodologia tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenômenos (Coutinho, 2022).

A investigação em Enfermagem impõe-se pela necessidade do desenvolvimento contínuo da profissão, que se pretende que seja alicerçada nas melhores evidências científicas e que origine tomadas de decisão adequadas às necessidades das pessoas (Néné & Sequeira, 2022).

A investigação desenvolvida revela-se como essencial para aprofundar o conhecimento sobre avaliação da cultura de segurança do doente de uma instituição hospitalar e de forma particular, a cultura de segurança nas maternidades, compreendendo os fatores que a influenciam, permitindo delinear intervenções que permitam restabelecer as vulnerabilidades existentes e melhorar a qualidade da assistência em saúde materna e obstétrica.

O presente capítulo procura facilitar a compreensão do leitor, apresentando os objetivos e o desenho geral do estudo com as várias etapas que dão suporte a esta investigação.

2.1. Objetivos do estudo

Os objetivos gerais da presente investigação são:

- i) Identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança do doente;
- ii) Identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança nas unidades de obstetrícia;
- iii) Compreender as percepções dos enfermeiros obstetras relativamente aos fatores que influenciam a cultura de segurança na área da Saúde Materna e Obstétrica;
- iv) Construir e validar instrumentos de avaliação com relevância para o estudo das competências de comunicação que influenciam a segurança do doente;
- v) Desenhar propostas de intervenção para promoção da segurança na área da saúde materna e obstétrica.

2.2. Desenho geral do estudo

Em termos metodológicos, esta investigação assume um carácter misto, apresentando a combinação de duas perspectivas metodológicas, a quantitativa e a qualitativa.

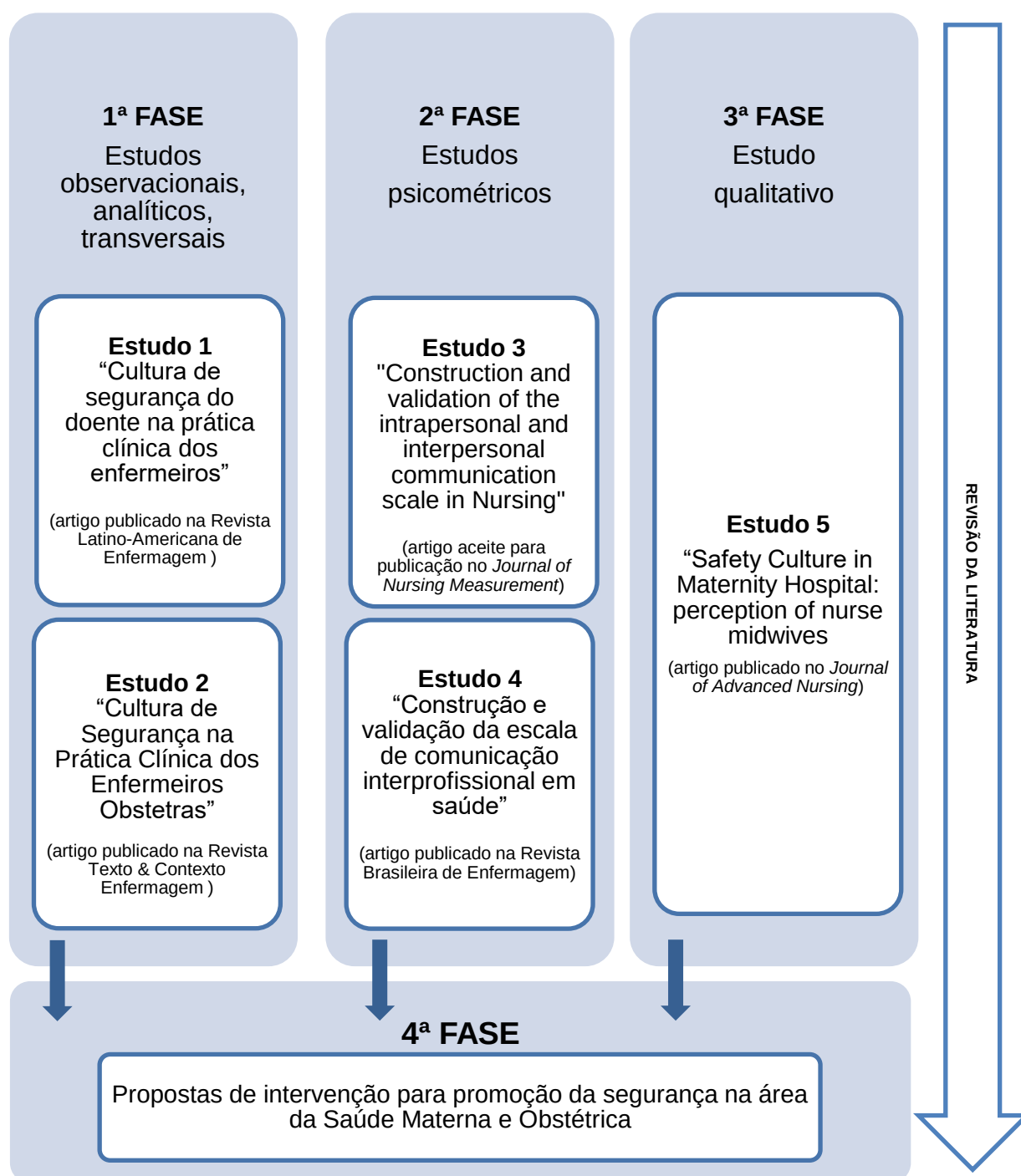
A combinação de métodos, teve como propósito enriquecer a compreensão acerca do fenómeno em estudo, permitindo emergir em profundas dimensões de dados (Fortin, 2009). Esta combinação permite que as limitações de uma só abordagem, sejam compensadas pelos pontos fortes da outra, pelo que a sua utilização conjunta, se complementa, ajudando a compreender e explicar fenómenos que de outra forma poderiam permanecer ocultos (Polit & Beck, 2019).

Este desenho de investigação é considerado sequencial misto (*sequential mixed design*), porque irá ocorrer em fases cronológicas distintas, em que se inicia por uma etapa quantitativa, seguida por uma etapa qualitativa, em que os resultados qualitativos são mobilizados para interpretar ou explicar os resultados quantitativos (Teddlie & Tashakkori, 2009). Este modelo sequencial pode designar-se também por modelo sequencial explanatório, que preconiza que os dados quantitativos sejam colhidos numa primeira fase do estudo, seguido dos dados qualitativos na segunda fase, o que permite que estes expliquem os dados quantitativos da etapa inicial (Polit & Beck, 2019).

A complexa realidade no âmbito das ciências sociais e humanas, preconiza uma aplicação conjunta de métodos, que se designa de triangulação de métodos, tendo o investigador que manter uma estratégia flexível no decorrer da pesquisa, captando o que é primordial - a essência do fenómeno (Coutinho, 2022).

Os métodos qualitativos, quando usados conjuntamente com os quantitativos, permitem uma melhor interpretação e compreensão da complexa realidade de uma determinada situação e as implicações dos dados quantitativos (Magalhães & Paul, 2021).

Para proporcionar um melhor entendimento do desenvolvimento da investigação, foi efetuada uma figura ilustrativa do plano de investigação que se encontra sistematizada na Figura 5.

Figura 5. Desenho geral do estudo de investigação

Fase I - Estudos observacionais, analíticos, transversais

Nesta primeira fase, procedemos a uma pesquisa dos instrumentos que permitissem avaliar a cultura de segurança do doente. A escolha recaiu sobre o HSOPSC - versão 1, um instrumento criado pela AHRQ, já validado para a população portuguesa por Eiras

(2011) e com um grande potencial para identificar os fatores determinantes que caracterizam a cultura de segurança do doente (EUNetPaS, 2010). Este instrumento permite a comparação da cultura de segurança entre países, através do *HSOPSC Comparative Database*, o único banco de dados internacional (Famolaro et al., 2021). O questionário com quarenta e dois itens, permitiu avaliar 12 dimensões da cultura de segurança do doente, identificando as dimensões potenciadoras e críticas relativas à cultura de segurança do doente, numa amostra de Enfermeiros de um centro hospitalar da região centro de Portugal e numa amostra mais distinta de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Procurámos também, avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança.

Fase II – Estudos psicométricos

Enveredámos pela construção e validação de dois instrumentos com relevância para o estudo das competências de comunicação, porque verificámos que o HSOPSC, não nos fornecia uma informação aprofundada sobre a dimensão da comunicação, quando promover uma comunicação eficaz, é considerada a segunda meta internacional para segurança do doente, estabelecida pela *Joint Commission International* (Joint Commission, 2022).

Procedemos à construção e validação da Escala de Comunicação Intrapessoal e Interpessoal em Enfermagem (ECIIE), pela ausência de instrumentos que efetuassem a mensuração destes construtos, tendo em conta que não se pode dissociar a comunicação intrapessoal da comunicação interpessoal (Sequeira, 2016). Para desenvolvimento do instrumento, foi efetuada uma revisão exaustiva da literatura disponível, recorrendo-se a diferentes teóricos relacionados com a comunicação e aos objetivos de ensino-aprendizagem identificados no *Health Professions Core Communication Curriculum* (HPCCC), permitindo definir itens representativos do construto em investigação (Bachmann et al., 2013).

Suportaram a construção da Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde (ECIpS), os domínios de competência considerados pelo *National Interprofessional Competency Framework*, elaborados pela *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010) e os objetivos de ensino-aprendizagem, identificados no HPCCC da *European Association for Communication in Health Care* (EACH) (Bachmann et al., 2013).

Neste processo de construção e validação de escalas, foi efetuada a validade de conteúdo com painel de juízes (Pasquali, 2009; Tristán-López, 2008). A confiabilidade foi avaliada através da consistência interna e a validade do construto efetuada através da análise fatorial exploratória e confirmatória (Marôco, 2021b, 2021a).

Fase III – Estudo Qualitativo

Na terceira fase da investigação, recorreremos a uma abordagem qualitativa que permite a compreensão dos fenómenos na sua totalidade e no contexto em que ocorrem, a partir de uma situação concreta (Coutinho, 2022). Esta abordagem qualitativa, aprofunda o conhecimento para além das quantificações estatísticas, permitindo que o investigador esteja em diálogo contínuo com os dados (Sousa & Ferrito, 2022).

Nesta fase da investigação, a recolha de informação foi efetuada através de grupos focais, por considerarmos a mais adequada quando se pretende ouvir as perspetivas, perceções, opiniões e crenças dos participantes (Morgan, 2018). Os grupos focais permitem o verbalizar e partilhar de experiências, permitindo uma forma de catarse para os participantes redefinirem os seus problemas, estimulando-os a mudanças significativas, a planear intervenções apropriadas e efetivas, viabilizando uma nova forma de ampliar a base de evidências existentes (Barbour, 2018).

Tendo como intuito, obter a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, acerca da cultura de segurança nas unidades de obstetrícia, este formato permitiu uma dinâmica de interação, uma discussão de perguntas, proporcionando uma sinergia na criação de ideias, que dificilmente seriam obtidas em entrevistas individuais, complementando e clarificando alguns dos resultados obtidos na primeira fase do estudo (Rosa et al., 2015; Sim & Waterfield, 2019).

Os investigadores foram flexíveis em relação ao ambiente onde realizaram os grupos focais para poderem maximizar a participação, optando por efetuar sessões *focus group* online, tendo em conta algumas limitações (população de interesse distribuída geograficamente, custos de viagem para os participantes, tempo reduzido de folga dos enfermeiros dentro seu horário de *roulement* semanal), sendo também uma ferramenta alternativa no cenário de pandemia à data da organização das sessões, permitindo a continuidade do estudo em momentos em que as interações sociais presenciais deveriam ser limitadas devido às medidas preventivas do COVID-19 (Willemsen et al., 2022).

Realizámos dois grupos focais, tendo por base um roteiro orientador (Apêndice 5) concretizando o objetivo III do estudo, com o propósito de compreender os resultados obtidos na primeira fase da investigação, aprofundando a temática da cultura de segurança na área da saúde materna e obstétrica.

A preocupação com a qualidade no processo de investigação qualitativa observou-se desde a fase de planeamento do estudo de acordo com as *guidelines* do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong et al., 2007)

Fase IV – Propostas de intervenção para promoção da segurança na área da Saúde Materna e Obstétrica

Nesta quarta fase, desenvolveram-se propostas de intervenção para promoção da segurança na área da Saúde Materna e Obstétrica, que surgiram com base nas compreensões integradas dos dados qualitativos e quantitativos. Para delinear as propostas de intervenções, sustentámo-nos no PNSD 2021-2026, no quadro de competências de segurança do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) e nas dimensões do cuidar de Marilyn Ray que interagem dentro das organizações complexas e que influenciam as intervenções de enfermagem (Coffman, 2010).

2.3. Considerações éticas

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas inerentes a todos os processos de investigação científica. A realização do estudo salvaguardou, nos diferentes momentos do processo, os princípios ético-deontológicos consignados na Declaração de Helsínquia e na legislação portuguesa em vigor que rege a investigação com seres humanos (Decreto-Lei nº 80/2018, 2018).

Foi efetuado o pedido de autorização à autora para a utilização do questionário de avaliação da cultura de segurança – HSOPSC, validado para a população portuguesa pela Professora Doutora Margarida Eiras (*Anexo 1*).

O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pela Unidade de Inovação e Desenvolvimento – Centro de Ensaios Clínicos e pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário da região centro de Portugal, tendo-se obtido autorização formal para a prossecução do estudo - Registo nº 8742/2017 (*Anexo 2*).

No estudo quantitativo, o questionário foi de preenchimento voluntário, sem identificação nominal (*Apêndice 1*). Todos os participantes desta investigação assinaram o termo de consentimento informado (*Apêndice 2*), sendo posteriormente devolvido ao investigador, cumprindo um rigoroso princípio de respeito e sigilo.

No estudo qualitativo, todos os participantes declaram no modelo de formulário de consentimento informado online (*Apêndice 3*), a sua disponibilidade em participar no estudo de forma voluntária, após possuir toda a informação que permitisse avaliar as vantagens e inconvenientes da sua participação. O questionário de caracterização dos participantes foi de preenchimento voluntário e anónimo (*Apêndice 4*).

A todos os participantes dos estudos foi garantida a confidencialidade dos dados e utilização exclusiva dos mesmos apenas no âmbito da presente investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework* (Issue February). university of british Columbia. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Coffman, S. (2010). Marilyn Anne Ray: Theory of Bureaucratic Caring. In *Nursing Theorists and their work* (7th ed., pp. 113–136). Missouri: Mosby Elsevier.
- Coutinho, C. P. (2022). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª ed., reimpressão). Almedina.
- Decreto-Lei nº 80/2018. (2018). *Diário da República: 1ª série, nº 198*. <https://files.dre.pt/1s/2018/10/19800/0496504970.pdf>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia* [Ty, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>
- EUNetPaS. (2010). *Use of patient safety culture instruments and recommendations*. European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators.
- Famolaro, T., Hare, R., Yount, N., Fan, L., Liu, H., & Sorra, J. (2021). *Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0:2021 user database report*. Agency of Healthcare Research in Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-1.pdf>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Joint Commission. (2022). *Hospital National Patient Safety Goals*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/simple_2022-hap-npsg-goals-101921.pdf
- Magalhães, J., & Paul, V. (2021). Entrevista. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves, & C. G. Marques (Eds.), *Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações* (1ª ed., pp. 65–85). PACTOR- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Marôco, J. (2021a). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações* (3ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2021b). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Morgan, D. L. (2018). *Basic and Advanced Focus Groups*. SAGE Publications, Inc.

- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: teoria e prática*. Lidel - Edições Técnicas.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (Esp), 992–999. <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40416/43399>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem* (9ª ed.). Artmed.
- Rosa, M., Amendoeira, J., & Martins, M. (2015). *Do focus group à construção de um questionário: um percurso metodológico*. https://www.researchgate.net/publication/306576245_Do_focus_groups_a_construcao_de_um_questionario_um_percurso_metodologico
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality and Quantity*, 53(6), 3003–3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Sousa, P. P., & Ferrito, C. (2022). Metodologia qualitativa aplicada à investigação em cuidados de saúde. In Néné, Manuela, Sequeira, Carlos. *Investigação em Enfermagem: teoria e prática* (1ª ed., pp. 82–85). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundatios of mixed methods resarch: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. (Sage, Ed.; Los Angeles). https://books.google.pt/books?id=c3uojOS7pK0C&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances En Medición*, 6, 37–48. https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6._Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
- Willemsen, R. F., Aardoom, J. J., Chavannes, N. H., & Versluis, A. (2022). Online synchronous focus group interviews: Practical considerations. *Qualitative Research*. <https://doi.org/10.1177/14687941221110161>

CAPÍTULO 3

ESTUDOS EMPÍRICOS

3.1 Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros (Artigo 1)

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte, JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2023;31:e3837; Available in: www.scielo.br/rlae. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>



Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros

Journal:	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Manuscript ID	RLAE-2022-6231.R1
Manuscript Type:	Original Article
Study Area:	Patient Safety and Nursing < Nursing, Clinical Nursing < Nursing, Adult Health Nursing < Nursing
Select the study type:	Quantitative Research
Select the research design/procedure:	Cross-sectional Study
Keywords in English:	Nurses, Professional Practice, Patient Safety, Safety Management, Organizational Culture, Hospitals

Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros*

Cláudia Patrícia da Costa Brás¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>

Manuela Maria Conceição Ferreira²

 <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-0329-0325>

João Carvalho Duarte²

 <https://orcid.org/0000-0001-7082-8012>

Destaques: (1) O trabalho de equipa destaca-se como um fator que reforça a cultura de segurança. (2) A subnotificação e uma cultura punitiva predominam nas organizações de saúde. (3) A experiência profissional permite uma perceção positiva da cultura de segurança. (4) A análise da cultura de segurança permite planejar intervenções para redução de erros.

Objetivo: avaliar as características psicométricas do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, caracterizar a cultura de segurança do doente e avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança. **Método:** estudo metodológico, observacional, analítico, transversal, realizado com 360 enfermeiros, utilizando o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os dados foram submetidos à análise descritiva, inferencial e estudos de fiabilidade e validade. **Resultados:** os enfermeiros possuem em média 42 anos de idade, 19 anos de experiência profissional e são maioritariamente do sexo feminino. Obteve-se boa consistência interna (alfa de Cronbach - 0,83) e índices aceitáveis de qualidade de ajustamento do modelo. O trabalho em equipa dentro das unidades, expectativas do supervisor, *feedback* e comunicação sobre o erro, foram dimensões que apresentaram scores acima dos 60%. A resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, apoio à segurança pela gestão, dotação de profissionais, apresentaram scores abaixo dos 40%. Estas dimensões são influenciadas pela idade, escolaridade e experiência profissional. **Conclusão:** as propriedades psicométricas do questionário certificam a sua qualidade. O trabalho em equipa pode ser considerado um fator potenciador da cultura de segurança. Avaliar a cultura de segurança permitiu identificar dimensões problemáticas, possibilitando o planeamento de intervenções futuras.

Descritores: Enfermeiros; Prática Profissional; Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Cultura Organizacional; Hospitais.

* Artigo extraído da tese de doutorado "A comunicação como determinante da cultura de segurança do doente", apresentada à Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, PT, Portugal.

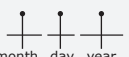
¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA: E), Coimbra, PT, Portugal.

² Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA: E/ESEnFC - ESSV/IPV), Viseu, PT, Portugal.

³ Universidade de Huelva, Departamento de Enfermagem, Espanha.

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto e CINTESIS/ESEP, Portugal, Porto, PT, Portugal.

Como citar este artigo

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3837. [Access ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>

Introdução

A segurança do doente continua a ser um dos grandes desafios para as organizações de saúde do séc. XXI, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevada qualidade. Assume-se que a prestação de cuidados é uma atividade de risco pela sua complexidade, contexto e recursos disponíveis, envolvendo a possibilidade de ocorrência de acontecimentos incertos e indesejáveis⁽¹⁾. Alguns estudos mostram que, em média, 1 em cada 10 doentes está sujeito a um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares⁽²⁾. O plano nacional de segurança do doente 2021-2026 em Portugal, veio reforçar a importância da promoção da segurança do doente num esforço coordenado e persistente de todos os gestores, lideranças intermédias e profissionais de saúde, para melhorar a conscientização pública sobre os tópicos de segurança do doente⁽³⁾. É fundamental analisar os problemas reais relacionados com as práticas seguras nos ambientes de cuidados e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), permite efetuar a avaliação da cultura de segurança, efetuando a mensuração de múltiplas dimensões relacionadas com valores, crenças, normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão⁽⁴⁾. A avaliação da cultura de segurança permite diagnosticar a cultura de segurança, identificar áreas de melhoria, acompanhar a evolução da cultura de segurança ao longo do tempo, além de possibilitar o benchmarking interno e externo para melhorar a qualidade da assistência em saúde e implementar processos de mudança⁽⁵⁾.

Promover a segurança do paciente não é uma missão competitiva para um só sistema de saúde, mas um esforço colaborativo no qual todos os sistemas devem participar e essa colaboração considera a comparação da cultura de segurança entre países⁽⁶⁾. O HSOPSC *Comparative Database*, é o único repositório central para permitir a comparação de dados no que respeita à avaliação da cultura de segurança do doente⁽⁴⁾. Uma avaliação rotineira da cultura de segurança com divulgação e disseminação dos resultados ao nível da instituição, um planeamento de ações de melhoria com o apoio da liderança e gestores, programas multifacetados e formação foram intervenções que permitiram a seis hospitais, melhorar os seus níveis de cultura de segurança⁽⁷⁾.

Durante estes últimos anos, assistimos a mudanças a nível organizacional e a nível das práticas dos enfermeiros portugueses, mas ainda não estamos no nível desejado de cultura de segurança. Se verificarmos os dados da avaliação da cultura de segurança a nível nacional decorrida em 2018, constatamos que existem dimensões que continuam a necessitar de intervenção

urgente, concretamente a frequência da notificação de eventos, dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva⁽⁸⁾. Se nos reportarmos à avaliação dos aspetos relacionados com o Plano Nacional Português de Segurança do Doente até 2020, apuramos que existem falhas de comunicação entre as diversas estruturas/departamentos das instituições de saúde, falta de envolvimento dos profissionais, especialistas e doentes nas ações de segurança do paciente, falta de proximidade e interação entre direção, serviços e profissionais da saúde, ausência de legislação que forneça confidencialidade e proteção aos profissionais envolvidos na notificação de um evento adverso⁽³⁾.

A mudança de cultura no sistema de saúde depende, em grande parte, do envolvimento e participação dos diferentes colaboradores, mas particularmente dos enfermeiros que são o grupo profissional que mais interação estabelece com os doentes devido à sua prática de cuidados ininterruptos. Nesta prestação de cuidados de saúde, as características individuais e /ou sociais dos intervenientes são determinantes para a cultura de segurança, sabendo que ao longo do tempo os profissionais adquirem cultura através da sua participação e convivência no ambiente organizacional⁽⁹⁾. Em alguns estudos, a idade, o sexo, a experiência de trabalho e o nível educacional foram preditores significativos das perceções dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

É fundamental que mais estudos avaliem a cultura de segurança do doente do ponto de vista dos enfermeiros, para que com mais presteza sejam identificados os problemas atuais de segurança do doente nas instituições de saúde.

Desenvolver uma cultura de segurança constitui um trabalho árduo que não ocorre automaticamente, é um desafio nomeadamente em grandes hospitais, como é o caso do hospital em apreço. É essencial criar equipas de trabalho organizadas, resilientes, com forte poder comunicativo e com capacidade de manter ações, que respondam e se adaptam à pressão dos diferentes riscos clínicos intrínsecos às atividades de prestação de cuidados de saúde⁽¹²⁻¹³⁾. Este estudo teve como objetivos avaliar as características psicométricas do HSOPSC, caracterizar a cultura de segurança do doente e avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, observacional, analítico de natureza transversal. O estudo

metodológico⁽¹⁴⁾ adotou como referencial os procedimentos psicométricos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ para estabelecer e verificar a confiabilidade e validade do HSOPSC, de acordo com o protocolo COSMIN⁽¹⁷⁾ (*CO*nsensus-*B*ased *S*tandards for the *S*election of *h*ealth *M*easurement *I*Nstruments) do EQUATOR network. O estudo observacional foi guiado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁸⁾, que permitiu avaliar a cultura de segurança do doente e a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança.

Local do estudo

A recolha de dados desenvolveu-se num centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal. Este hospital é uma instituição do Serviço Nacional de Saúde, dando cobertura a cerca de 2.231.346 habitantes da região centro de Portugal, com prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação. Possui um gabinete de qualidade e segurança do doente, onde opera uma comissão de qualidade e segurança do doente, com o objetivo de consolidar uma cultura de segurança do doente e de gestão de risco em consonância com a Estratégia para a Qualidade em Saúde em Portugal. No âmbito da qualidade clínica organizacional, as ações efetuadas estiveram centradas no sistema de gestão integrada do medicamento. Para reforço da segurança do doente, foram realizadas ações de formação direcionadas para a área da comunicação, envolvimento do doente na sua própria segurança, segurança contra incêndios, precauções básicas de controlo de infeção e gestão do risco em saúde.

Período

O período da recolha de dados decorreu entre setembro de 2018 e maio de 2019.

População

A população acessível foi constituída por 2891 enfermeiros de um centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal.

Critérios de seleção

Como critérios de inclusão foram considerados todos os enfermeiros que desenvolviam funções de prestação de cuidados diretos ao utente e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: exercer funções como enfermeiro gestor e estar ausente temporariamente do serviço no período de colheita de dados, por atestado médico, licença de férias ou outra licença.

Definição da amostra

Utilizou-se um tipo de amostragem não probabilística de conveniência, constituída por 360 participantes. O cálculo do tamanho amostral teve em consideração as orientações do guia do utilizador proposto pela AHRQ, recomendando uma taxa de resposta mínima de 50%, consoante o tamanho mínimo da amostra e a população em estudo⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, para uma população entre 1000 a 2999 indivíduos, 300 indivíduos será o limite mínimo para atingir a taxa de resposta mínima de 50%⁽²⁰⁾. A amostra em estudo é constituída por 360 participantes que é ligeiramente superior ao recomendado.

Variáveis do estudo

Considerou-se como variável dependente as dimensões da cultura de segurança do doente e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, habilitações académicas) e variáveis de contexto profissional (título de especialização, área de especialização e anos de experiência profissional).

Instrumento utilizado para a recolha de dados

O instrumento para a recolha de dados foi constituído por um questionário *ad hoc* que permitiu a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas) e de contexto profissional (título de especialização, área de especialização e anos de experiência profissional) e o HSOPSC – versão 1, criado pela AHRQ. Este instrumento tem um grande potencial para identificar os fatores determinantes da cultura de segurança, avaliar as opiniões que os profissionais têm acerca da segurança do doente, do erro e da notificação de eventos, orientando o investimento contínuo na segurança do doente⁽²¹⁾. A versão original foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para Português de Portugal, envolvendo todos os profissionais de saúde de três hospitais (enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, técnicos superiores, administrativos, técnicos de diagnóstico e terapêutica)⁽²²⁾. Neste estudo a população é constituída por enfermeiros portugueses, pelo que a avaliação psicométrica do instrumento é relevante para confirmar a qualidade de ajustamento do modelo, corroborando a estrutura interna do HSOPSC.

O HSOPSC engloba quarenta e dois itens, sob a forma de escala ordinal tipo *Likert* graduada em cinco níveis, de 1 (discordo fortemente ou nunca) a 5 (concordo fortemente ou sempre). O HSOPSC foi desenhado para avaliar 12 dimensões de cultura de segurança, recomendando os autores que para a

análise dos resultados sejam agrupadas estas mesmas dimensões em três dimensões maiores. As dimensões ao *nível dos serviços/unidades* compreendem: a dimensão 1-trabalho em equipa dentro das unidades (4 itens), a dimensão 2-expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente (4 itens), a dimensão 3-aprendizagem organizacional – melhoria continua (3 itens), a dimensão 4-apoio à segurança do doente pela gestão (3 itens), a dimensão 6-*feedback* e comunicação acerca do erro (3 itens), a dimensão 7-abertura na comunicação (3 itens), a dimensão 10-dotação de profissionais (4 itens) e a dimensão 12-resposta ao erro não punitiva (3 itens). As dimensões ao *nível do hospital* incluem a dimensão 9-trabalho em equipa entre unidades (4 itens) e a dimensão 11-transferências e transições (4 itens). As *variáveis de resultados* da cultura de segurança abrangem a dimensão 5-percepções gerais sobre a segurança do doente (4 itens) e a dimensão 8-frequência da notificação de eventos (3 itens). O questionário é constituído por duas variáveis de item único que são avaliadas separadamente, sem compor as dimensões (grau de segurança do doente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses)⁽¹⁹⁾.

Coleta de dados

Os questionários foram entregues em formato papel aos enfermeiros com solicitação do consentimento informado, reforçando o carácter anónimo e confidencial do tratamento da informação. Realizaram-se várias visitas informais aos serviços para recolher os questionários, perceber dificuldades no seu preenchimento e promover a participação dos enfermeiros na investigação. A devolução dos questionários efetuou-se em envelope fechado separadamente do consentimento informado. Foram entregues um total de 620 questionários, sendo devolvidos 360, o que representa uma taxa de adesão de 58,0%, ultrapassando a meta mínima do investigador que seria de 50% se nos reportarmos aos critérios da AHRQ⁽¹⁹⁾.

Tratamento e análise dos dados

Para a análise e interpretação dos resultados do HSOPSC, seguiu-se a metodologia proposta no guia do utilizador da AHRQ⁽¹⁹⁾. Submeteram-se os itens formulados negativamente a uma inversão (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11). As autoras da escala recomendam que para facilitar a análise dos dados, os cinco níveis de resposta da escala ordinal tipo *Likert* fossem recodificados em 3 níveis de resposta (positiva, neutra, negativa). A percentagem de respostas positivas corresponde à combinação de participantes que

responderam “concordo fortemente” ou “concordo” ou “sempre” ou “a maioria das vezes”, dependendo das categorias de resposta usadas para o item. O nível considerado neutro é constituído pelo ponto médio da escala, correspondendo à combinação de respostas “não concordo nem discordo” ou “por vezes”. A percentagem de respostas negativas corresponde à combinação de participantes que responderam “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente”, dependendo das categorias de resposta usadas para o item. Os itens do instrumento foram agrupados em dimensões de cultura de segurança segundo a AHRQ. Calcularam-se as dimensões da cultura de segurança através da determinação do valor médio (não ponderado) das classificações dos itens por dimensão. A AHRQ considera que classificações positivas iguais ou superiores a 75%, designam dimensões que representam áreas fortes de cultura de segurança e valores médios de respostas positivas iguais ou inferiores a 50%, indiciam dimensões que representam áreas problemáticas. A percentagem de respostas positivas aos itens foi considerada dividindo o número de respostas positivas pelo número total de respostas (positivas, neutras, negativas)⁽²³⁾.

No que respeita aos itens de caracterização sociodemográfica e profissional, os dados foram analisados recorrendo à estatística descritiva, englobando um conjunto de medidas de tendência central e de dispersão. De forma a identificar os grupos que estatisticamente diferem entre si, utilizou-se o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*, considerando um erro de tipo I igual a 5%⁽²⁴⁾. A análise estatística dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).

Neste estudo, determinou-se a consistência interna dos itens através do coeficiente alfa de Cronbach tendo como referência valores superiores a 0,7 como boa consistência interna. Na análise do modelo fatorial, verificou-se a sensibilidade dos itens através de medidas de forma (assimetria e curtose) e de associação (correlação de Pearson), de acordo com o tipo de variável e a escala de medida. Efetuou-se a validade do constructo através da análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando o software AMOS® 27 (*Analysis of Moment Structures*)⁽²⁵⁾. Considerou-se que valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e valores de achatamento inferiores a 7, não comprometem a sensibilidade dos modelos⁽²⁶⁾. Como técnica adicional de verificação da qualidade de mensuração determinou-se a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada uma das dimensões. Como valores de referência sugerem-se índices superiores a 0,70 para a FC, embora para investigações exploratórias possam ser

aceitáveis valores inferiores e para a VEM consideram-se valores superiores ou iguais a 0,50, indicadores de validade adequada podendo flexibilizar-se esse limite para 0,40⁽²⁷⁾.

Usaram-se como indicadores de qualidade de ajustamento global: a razão entre qui quadrado e graus de liberdade (χ^2/gl), considerando ajustamento perfeito se (χ^2/gl) for igual a 1, bom quando inferior a 2, aceitável inferior a 5. O índice de qualidade do ajuste GFI (*Goodness of Fit Index*) e o CFI (*Comparative Fit Index*) é considerado bom quando superior a 0.90. O RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), RMR (*Root Mean Residual*) e SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*), são considerados adequados quando inferiores a 0,08⁽²⁸⁾.

Aspetos éticos

O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pela comissão de ética integrada na unidade de inovação e desenvolvimento – centro de ensaios clínicos e pelo conselho de administração do centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal, tendo-se obtido autorização formal para a prossecução do estudo - Registo nº 8742/2017. Foi efetuado pedido de autorização à autora que efetuou a validação do HSOPSC para a população portuguesa.

Resultados

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (82,8%), com uma média de idade de 42 anos. Na sua maioria, os enfermeiros são casados ou vivem em união de facto (63,6%). Predominantemente, os enfermeiros detêm como habilitações académicas a licenciatura em enfermagem (78,6%) e somente 38,3% possuem o título profissional de enfermeiro especialista. Destes, 50,4% detêm especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO) e 49,6% especialização em outras áreas de enfermagem. Em média os enfermeiros possuem 19 anos de experiência profissional.

Avaliação das características psicométricas do instrumento HSOPSC

Foram testados todos os itens do HSOPSC recorrendo à AFC. Analisada a sensibilidade dos itens, observou-se que de uma forma geral, os valores absolutos de assimetria e curtose, não comprometem a realização da AFC^(26,28), já que em valores absolutos oscilam entre 0,069 e 1,253 para a assimetria e entre 0,048 e 2,13 para a curtose.

Quanto à validade relacionada com o constructo, a maioria dos itens possui saturações superiores a 0.50 com o fator que lhe corresponde, exceto os itens A16, A7, F4 e a fiabilidade individual dos itens assume índices superiores a 0.25, exceto no item A7, mas que se decidiram manter de acordo com a versão original do guia da AHRQ⁽¹⁹⁾.

Os índices de bondade de ajustamento global na primeira avaliação apresentam um bom ajuste para o: $\chi^2/\text{gl}=1,990$; RMR=0,053; SRMR=0,059 e RMSEA=0,053 e sofrível para o GFI=0,830; CFI=0,861. Procedeu-se à reespecificação do modelo, através dos índices de modificação propostos pelo programa AMOS, obtendo-se índices de ajustamento global indicadores de um modelo ajustado com valores de $\chi^2/\text{gl}=1,842$; RMR= 0,053 e SRMR=0,058 e RMSEA=0,048, mantendo-se sofríveis para GFI=0,844; CFI=0,882⁽²⁸⁾. Considerando que a maioria dos fatores apresentava valores correlacionais elevados, pressupõe-se que estas correlações sugerem a existência de um fator de 2ª ordem. Assim, propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que se designa por “cultura de segurança” (CS). Os valores de qualidade de ajustamento global mantêm-se com ligeiras diferenças face aos valores acima referidos: $\chi^2/\text{gl}=2,176$; RMR=0,064, SRMR=0,072, RMSEA=0,057, GFI=0,807; CFI= 0,824. Notamos que os índices configuram um bom ajustamento do modelo em relação a χ^2/gl , RMR, SRMR e RMSEA e sofrível para GFI e CFI, facto que poderá estar relacionado com o tamanho amostral⁽²⁸⁾. As dimensões que melhor explicam o constructo da cultura de segurança são as dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “perceções gerais sobre a segurança do doente”, “feedback e comunicação sobre o erro” e “abertura na comunicação”, conforme ilustrado pela Figura 1.

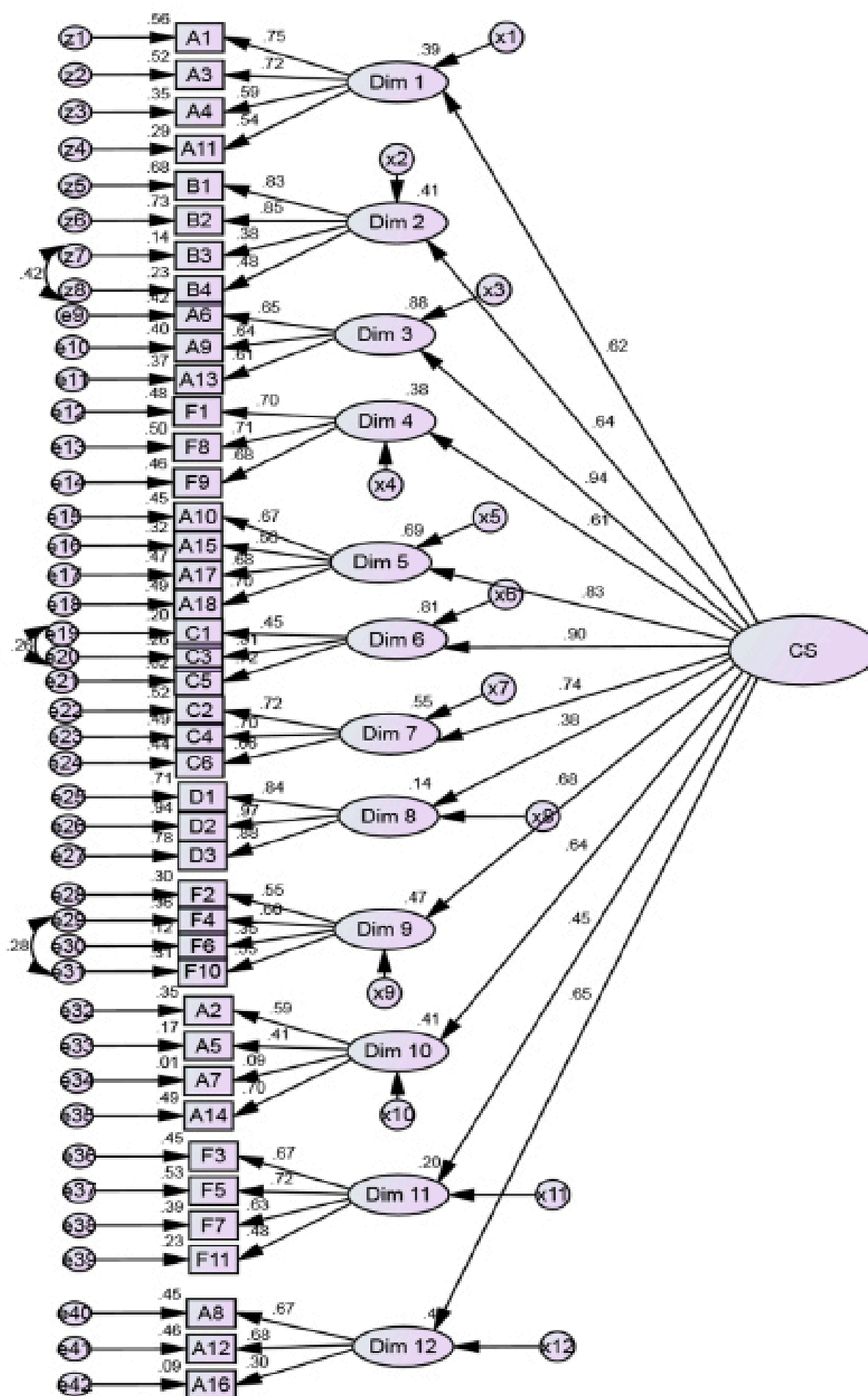


Figura 1 - Estrutura hierárquica de segunda ordem

Realizou-se a análise da fiabilidade ou consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach (α). Com as doze dimensões da cultura de segurança observaram-se coeficientes a oscilarem entre 0,49 (fraca) e 0,93 (muita boa), valores muito aproximados do estudo

de validação da escala em Portugal⁽²²⁾. O *score* global deste instrumento revelou uma boa consistência interna ($\alpha=0,832$)⁽²⁹⁻³⁰⁾. Constatou-se ainda que as dimensões em estudo não apresentam uma distribuição normal ($p>0,05$), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Valores de alfa de Cronbach e estatísticas relativas às doze dimensões da cultura segurança do doente do instrumento HSOPSC* dos 360 enfermeiros. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

	Nº itens	M [†] (±DP [‡])	$\alpha^{\S}$ estudo atual (2019)	α estudo Eiras et al. (2014)	valor p
<i>Dimensões ao nível dos serviços/unidades</i>					
Trabalho em equipa dentro das unidades	4	3,73 (±0,62)	0,73	0,73	0,001
Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente	4	3,69 (±0,67)	0,75	0,72	0,001
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	3	3,53 (±0,64)	0,66	0,71	0,001
Apoio à segurança do doente pela gestão	3	2,87 (±0,76)	0,73	0,62	0,001
Feedback e comunicação acerca do erro	3	3,56 (±0,65)	0,64	0,76	0,001
Abertura na comunicação	3	3,47 (±0,70)	0,73	0,67	0,001
Dotação de profissionais	4	2,96 (±0,69)	0,49	0,48	0,001
Resposta ao erro não punitiva	3	2,86 (±0,69)	0,57	0,57	0,001
<i>Dimensões ao nível do hospital</i>					
Trabalho em equipa entre unidades	4	3,15 (±0,55)	0,61	0,69	0,001
Transferências e transições	4	3,35 (±0,65)	0,72	0,71	0,001
<i>Variáveis de resultados da cultura de segurança</i>					
Perceções gerais sobre a segurança do doente	4	3,22 (±0,78)	0,75	0,62	0,001
Frequência da notificação de eventos	3	2,67 (±1,02)	0,93	0,90	0,001
<i>Total de itens</i>	42		0,83	0,91	

*HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; [†]M = Média; [‡]DP = Desvio Padrão; [§] α = Alfa de Cronbach; ^{||}p = Teste de Kolmogorov-Smirnov (valor-p<0,001)

Os valores das variáveis da escala e as correlações entre as doze dimensões foram avaliadas pela Matriz de Correlação de Pearson. Os resultados obtidos indiciam dimensões positivas e significativamente correlacionadas, exceto a correlação entre a dimensão 8 com as dimensões 10, 11 e 12 cuja correlação não é significativa.

Caracterização da cultura de segurança pelos enfermeiros

Verificam-se dimensões com percentagens de respostas positivas que variam entre 22,6% e 70,5%.

Nenhuma das dimensões atingiu o score acima dos 75% conforme mencionado pelas autores da escala⁽²³⁾. As dimensões “trabalho em equipa dentro das unidades”, “expectativas do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente” e “feedback e comunicação sobre o erro”, assumem percentagens positivas mais elevadas (entre 64,8% e 70,5%). Existem sete dimensões com percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, conforme evidencia a Tabela 2.

Tabela 2 - Percentagem média de respostas negativas, neutras e positivas das dimensões da Cultura de Segurança do Doente dos 360 enfermeiros. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

Dimensões da cultura de segurança do doente	% média de respostas negativas	% média de respostas neutras	% média de respostas positivas
<i>Dimensões ao nível dos serviços/unidades</i>			
Trabalho em equipa dentro das unidades	9,8	19,7	70,5
Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente	11,0	23,8	65,2
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	11,5	31,2	57,3
Apoio à segurança do doente pela gestão	35,9	36,3	27,8
<i>Feedback</i> e comunicação sobre o erro	13,7	21,5	64,8
Abertura na comunicação	16,0	26,3	57,7
Dotação de profissionais	39,6	23,3	37,1
Resposta ao erro não punitiva	39,5	33,9	26,6
<i>Dimensões ao nível do hospital</i>			
Trabalho em equipa entre unidades	26,0	40,9	33,1
Transferências e transições hospitalares	19,5	31,4	49,1
<i>Variáveis de resultados da cultura de segurança</i>			
Perceções gerais sobre a segurança do doente	26,6	27,5	45,9
Frequência da notificação de eventos	45,3	32,1	22,6

No que respeita à avaliação do grau de segurança do doente no serviço/unidade, apurou-se que 50,8% dos enfermeiros o consideraram como *aceitável*, 36,9% como *muito bom*, 10,5% consideram como *fraco* ou *muito fraco* e 1,7 % como *excelente*.

Quanto à frequência de notificação de eventos, verificou-se que a maioria dos enfermeiros (79,4%), não fez nenhuma notificação de eventos nos últimos 12 meses. A notificação de 3 a 5 eventos foi efetuada por 10,6% dos participantes e 8,9% dos enfermeiros notificaram somente 1 a 2 eventos.

Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e as dimensões da cultura de segurança do doente

Quanto às variáveis sociodemográficas, não se registaram diferenças estatísticas significativas entre

a variável sexo face às dimensões de cultura de segurança. No entanto, se considerarmos o nível de significância de 10% ($p < 0.10$), podemos considerar que os resultados são marginalmente significativos⁽²⁷⁾. Para a dimensão 10, os enfermeiros do sexo masculino apresentam as ordenações médias mais elevadas. No que respeita ao escalão etário, foram encontradas significâncias estatísticas nas dimensões 2, 3, 5 e 11, verificando-se que as ordenações médias são superiores nos enfermeiros que possuem 40 ou mais anos de idade. As habilitações académicas têm influência nas dimensões 3, 5, 6 e 8, sendo os enfermeiros que possuem bacharelato/licenciatura os que apresentam as ordenações médias mais elevadas, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Associação das variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, habilitações académicas) dos enfermeiros (n=360), com as dimensões da cultura de segurança do doente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

Variável	Sexo		valor-p*	Escalão etário		valor-p*	Habilitações Académicas		
	Feminino	Masculino		< 40 anos	=> 40 anos		B/L [†]	M/D [‡]	valor-p*
	Ordenação média			Ordenação média			Ordenação média		
Dim. 1 [§]	180,8	179,0	0,897	171,3	188,3	0,118	183,5	166,8	0,242
Dim. 2	178,8	188,6	0,496	166,1	192,7	0,015	182,6	170,7	0,402
Dim. 3 [¶]	181,5	175,6	0,679	167,0	191,9	0,022	186,9	150,8	0,011
Dim. 4 ^{**}	180,7	179,8	0,95	171,9	187,8	0,147	180,0	182,9	0,839
Dim. 5 ^{††}	180,2	182,2	0,889	164,0	194,4	0,005	187,3	149,1	0,007
Dim. 6 ^{‡‡}	180,0	182,9	0,835	172,3	187,5	0,157	189,1	140,7	0,001
Dim. 7 ^{§§}	179,5	185,4	0,676	181,1	180,0	0,918	180,6	180,1	0,971
Dim. 8	179,7	184,4	0,741	175,9	184,4	0,432	188,3	144,5	0,002
Dim. 9 ^{¶¶}	178,7	189,3	0,46	173,0	186,9	0,202	184,7	161,2	0,099
Dim. 10 ^{***}	175,7	203,7	0,052	170,2	189,2	0,081	184,7	160,9	0,095
Dim. 11 ^{†††}	181,0	178,2	0,844	167,0	191,9	0,022	181,8	174,4	0,603
Dim. 12 ^{‡‡‡}	179,5	185,3	0,686	181,3	179,8	0,892	177,5	194,6	0,227

*Teste de Mann-Whitney, valor $p < 0,05$; [†]B/L = Bacharelato/Licenciatura; [‡]M/D = Mestrado/Doutoramento; [§]Dim. 1 = Trabalho em equipa dentro das unidades; ^{||}Dim. 2 = Expetativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente; [¶]Dim. 3 = Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; ^{**}Dim. 4 = Apoio à segurança do doente pela gestão; ^{††}Dim. 5 = Perceções gerais sobre a segurança do doente; ^{‡‡}Dim. 6 = *Feedback* e comunicação acerca do erro; ^{§§}Dim. 7 = Abertura na comunicação; ^{||||}Dim. 8 = Frequência da notificação de eventos; ^{¶¶}Dim. 9 = Trabalho em equipa entre unidades; ^{***}Dim. 10 = Dotação de profissionais; ^{†††}Dim. 11 = Transferências e transições; ^{‡‡‡}Dim. 12 = Resposta ao erro não punitiva

Relativamente às variáveis profissionais, identificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões 3, 5 e 8, no que respeita à existência do título de especialização, verificando-se que as ordenações médias são superiores nos enfermeiros que não possuem título de especialização. Em relação à área de especialização, constatou-se a existência de significância estatística nas dimensões 2, 4 e 12, sendo os enfermeiros que possuem a especialidade em ESMO,

os que apresentam as ordenações médias inferiores nestas dimensões em relação aos enfermeiros de outras áreas de especialização em enfermagem. A experiência profissional tem influência significativa sobre as dimensões 2, 4, 3 e 5. Os enfermeiros com mais de 20 anos de experiência profissional possuem ordenações médias mais elevadas nas dimensões referidas anteriormente do que enfermeiros com menos anos de experiência profissional, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Associação das variáveis profissionais (título de especialização, área de especialização, experiência profissional) dos enfermeiros (n=360), com as dimensões da cultura de segurança do doente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

Variável	Título de especialização			Área de especialização			Experiência profissional		
	Não	Sim	valor-p*	†ESMO	Outra área	valor-p*	<= 20 anos	> 20 anos	valor-p*
	Ordenação média			Ordenação média			Ordenação média		
Dim. 1 [‡]	176,5	186,9	0,353	74,1	65,8	0,217	179,6	181,8	0,841
Dim. 2 [§]	180,5	180,6	0,995	62,7	77,4	0,03	170,2	194,7	0,026
Dim. 3	191,3	163,4	0,012	65,9	74,1	0,222	168,1	197,7	0,007
Dim. 4 [¶]	178,8	183,3	0,688	57,9	82,3	0,001	170,4	194,5	0,028
Dim. 5 ^{**}	191,6	162,8	0,01	65,9	74,1	0,228	167,3	198,8	0,004
Dim. 6 ^{††}	187,4	169,6	0,106	65,6	74,4	0,191	173,0	190,9	0,099

(continua na próxima página...)

Variável	Título de especialização			Área de especialização			Experiência profissional		
	Não	Sim	valor-p*	ESMO	Outra área	valor-p*	<= 20 anos	> 20 anos	valor-p*
	Ordenação média			Ordenação média			Ordenação média		
Dim. 7 ^{††}	178,1	184,4	0,572	67,9	72,2	0,525	176,1	186,6	0,334
Dim. 8 ^{§§}	195,2	157,2	0,001	67,0	73,0	0,371	174,8	188,5	0,213
Dim. 9	178,1	184,4	0,573	74,7	65,3	0,165	175,0	188,1	0,236
Dim.10 ^{***}	179,3	182,4	0,778	66,1	74,0	0,247	171,8	192,6	0,059
Dim.11 ^{†††}	172,5	193,2	0,063	71,1	68,9	0,743	173,6	190,1	0,134
Dim.12 ^{†††}	178,7	183,4	0,675	56,7	83,5	0,001	178,3	183,6	0,629

*Teste de Mann-Whitney, valor $p < 0,05$; †Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; †Dim. 1 = Trabalho em equipa dentro das unidades; §Dim. 2 = Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente; ||Dim. 3 = Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; *Dim. 4 = Apoio à segurança do doente pela gestão; **Dim. 5 = Percepções gerais sobre a segurança do doente; ††Dim. 6 = *Feedback* e comunicação acerca do erro; ††Dim. 7 = Abertura na comunicação; §§Dim. 8 = Frequência da notificação de eventos; ||||Dim. 9 = Trabalho em equipa entre unidades; ***Dim. 10 = Dotação de profissionais; ***Dim. 11 = Transferências e transições; †††Dim. 12 = Resposta ao erro não punitiva

Discussão

Os resultados apontam para um instrumento de medição da cultura de segurança com uma confiabilidade satisfatória, com um alfa de Cronbach global de 0,83. A “dotação profissional” e a “resposta não punitiva” foram as dimensões com uma reduzida confiabilidade tal como ocorreu no estudo de validação da escala⁽²²⁾. A validade do constructo foi considerada adequada e todas as dimensões se correlacionaram positivamente. A qualidade de ajustamento global do modelo é aceitável, mantendo-se a estrutura multidimensional do questionário inicial o que não prejudica a comparabilidade com outros estudos.

No presente estudo, verificou-se maior prevalência de enfermeiros do sexo feminino (82,8%), dado corroborado por outros estudos, em que a taxa feminização é elevada nos profissionais de enfermagem e noutros profissionais de saúde⁽³¹⁻³²⁾.

Apurou-se que nenhuma das doze dimensões de cultura de segurança atingiu a percentagem de respostas positivas para ser considerada como uma dimensão forte da cultura de segurança do doente⁽²³⁾. Todas as dimensões apresentam resultados abaixo da percentagem média positiva comparativamente aos resultados das dimensões do Banco de Dados de Pesquisa Hospitalar da AHRQ⁽⁴⁾. Contudo, os resultados deste estudo, são bastante semelhantes aos obtidos na avaliação da cultura de segurança a nível nacional e na região centro de Portugal⁽⁸⁾.

O “trabalho em equipa” dentro das unidades foi a dimensão que obteve melhores resultados (71%), corroborados em outros estudos⁽³³⁻³⁵⁾, sugerindo que esta dimensão possa ser um fator potenciador de uma cultura de segurança⁽³⁶⁾. Uma boa interação entre as equipas, o apoio mútuo e respeito, geram um impacto

positivo nos cuidados de enfermagem⁽³⁷⁾. No entanto, o trabalho em equipa entre unidades constituiu-se como uma área frágil (33%), em consonância com a literatura internacional⁽³⁸⁻⁴⁰⁾, que refere a existência de falta de apoio e coordenação entre departamentos.

As expectativas e ações do supervisor/gestor para a promoção da segurança do paciente, evidenciaram uma média positiva de 65%, o que permite presumir que os enfermeiros reconhecem o papel do supervisor na promoção da segurança do doente. Encontram-se resultados semelhante em estudos internacionais⁽⁴¹⁻⁴³⁾, que comprovam que a liderança promove uma cultura de aprendizagem e sensibiliza os colaboradores. A cultura organizacional correlaciona-se positivamente com o comportamento do líder, pela sua influência no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças dos seus colaboradores⁽¹³⁾. Esta premissa é notada também nos resultados da dimensão *feedback* e comunicação sobre o erro (65%), resultados evidenciados em alguns estudos^(36,42-43), constatando-se que os profissionais são informados acerca dos erros que acontecem e discutem abertamente formas de os prevenir. Apesar de tudo, é importante continuar a investir na abertura na comunicação, uma dimensão que obteve somente uma média positiva de 58%, valor certificado por outros estudos internacionais^(33,35,44), e que compreende uma cultura de comunicação entre diferentes níveis hierárquicos. Aperfeiçoar os processos de trabalho através de uma comunicação efetiva é uma ferramenta importante para prevenção do erro e deve ser incentivada para a obtenção da qualidade dos cuidados⁽³³⁾. Nesta dimensão, destaca-se um dos itens “os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente”, o que permite deduzir que os enfermeiros possuem um elevado sentido de

responsabilidade relativamente à segurança do doente, não ignorando os problemas existentes.

Apesar desta abertura da comunicação e do *feedback*, os enfermeiros continuam a ser relutantes às notificações de eventos. A dimensão “frequência de notificação” tem uma avaliação positiva média significativamente baixa (23%), tal como ocorre em estudos nacionais e internacionais^(8,45). Este resultado compreende-se pelo elevado número de profissionais deste estudo que não notificaram ocorrências nos últimos 12 meses. Também num estudo internacional metade dos profissionais de saúde nunca reportaram incidentes relacionados com a segurança do doente durante o último ano⁽⁴⁶⁾. A constatação do erro e sua notificação imediata são cruciais para a implementação de intervenções e medidas preventivas, a fim de reduzir os danos causados⁽⁴⁰⁾. Os principais motivos relatados pelos profissionais de saúde para não realizarem as notificações prendem-se com a pressão por parte dos gestores, a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a desvalorização do erro, a falta de conhecimento sobre como realizar a notificação e a falta de *feedback* das notificações efetuadas⁽⁴⁷⁾. A subnotificação está frequentemente relacionada com a dimensão “resposta ao erro não punitiva”, que obteve também uma das médias positivas baixas (27%), à semelhança de estudos conduzidos em outros países^(36,43,48). A reduzida frequência de notificação de eventos adversos poderá sugerir uma cultura punitiva, que ainda se mantém presente nalgumas organizações de saúde⁽⁴³⁾. Esta situação prende-se também com o facto de que o sistema de notificação em Portugal, mesmo considerado anónimo, não salvaguarda a não identificação dos profissionais. Enquanto não existir uma regulamentação legal dos sistemas de incidentes em Portugal, que assegurem a confidencialidade e não punibilidade das notificações, a notificação de um evento adverso pode ser utilizada como prova num processo judicial e desta forma a subnotificação irá continuar a ser uma realidade, impedindo a aprendizagem organizacional⁽⁴⁹⁾.

Os enfermeiros consideram que uma cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas é fundamental, destacando a dimensão aprendizagem organizacional-melhoria contínua com uma média positiva de 57%, resultados identificados em outros estudos^(37,40,44,50), em que atividades de monitorização da cultura e *feedback* sobre os resultados de segurança reforçam os processos de competência dos profissionais.

A perceção geral sobre a segurança do doente apresenta uma média positiva de 46%, muito próxima dos resultados de estudos internacionais^(36,43,44,51). Os enfermeiros têm a perceção da natureza do alto risco das organizações de saúde que leva à ocorrência de incidentes resultantes de uma sequência de fatores

sistémicos, que incluem as estratégias da organização, a cultura, as práticas de trabalho, prevenção de riscos⁽¹³⁾, por isso consideram que gestão hospitalar deve ter como prioridade a segurança do paciente. No entanto, a dimensão apoio à segurança do doente pela gestão, obteve uma média positiva de 28%, deixando transparecer que os enfermeiros consideram que permanece pouco comprometimento e apoio da direção hospitalar, dados semelhantes a outros estudos⁽⁵²⁻⁵³⁾, em que a gestão do hospital não proporciona um ambiente de confiança e de motivação no local de trabalho. Também a dimensão dotação de profissionais, foi considerada uma área frágil na avaliação de cultura de segurança, com uma média positiva baixa (37%), valor também reduzido em vários hospitais internacionais^(36,44). A maioria dos enfermeiros num hospital da Suécia mencionaram que o trabalho era efetuado frequentemente com redução de pessoal, originando fadiga e esgotamento que se repercutia na qualidade da assistência ao doente⁽³⁶⁾. A dimensão transferências e transições hospitalares atingiu uma média positiva de 49%, que se encontra em consonância com outros estudos^(33,44-45), evidenciando uma área da cultura de segurança que também necessita de melhoria. Com a fragmentação dos sistemas de saúde, os enfermeiros vêm-se confrontados com um aumento das transferências de cuidados, logo uma maior probabilidade de falhas na comunicação.

A partir dos resultados encontrados, verifica-se que o sexo, apenas tem poder explicativo sobre a cultura de segurança do doente, no que se refere à dimensão “dotação de profissionais”, o que permite inferir que os profissionais de enfermagem do sexo masculino aparentam ter uma perceção mais positiva da cultura de segurança no que respeita a esta dimensão. Encontraram-se divergências num estudo⁽¹⁰⁾, que refere que os profissionais de enfermagem do sexo feminino revelaram uma maior cultura de segurança.

Neste estudo, tanto os enfermeiros com mais de 20 anos de experiência profissional, como os enfermeiros com 40 ou mais anos de idade, manifestam uma perceção mais positiva da cultura de segurança nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente”, “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” e “perceções gerais sobre a segurança do doente”. De acordo com a literatura internacional, verificou-se que os enfermeiros mais velhos tiveram uma melhor perceção da segurança do paciente do que os enfermeiros mais jovens, à medida que os anos de experiência dos enfermeiros aumentavam, a perceção geral da segurança do paciente aumentava progressivamente⁽¹¹⁾. Constatou-se que os enfermeiros com idades entre 40 e 60 anos possuem uma visão mais positiva da cultura de segurança do doente, tendo uma

melhor compreensão das necessidades do doente⁽⁴⁶⁾. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de os profissionais mais experientes serem mais propensos a detetar riscos e a sentirem-se mais confiantes em revelar as suas verdadeiras percepções⁽⁴⁰⁾. Também num hospital universitário brasileiro, a maior idade e tempo de experiência profissional foram associados a maiores percepções da cultura de segurança do paciente nas dimensões “expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção da segurança do paciente”, “aprendizagem organizacional e melhoria contínua”⁽⁵³⁾. Apurou-se que os enfermeiros com o Bacharelato/Licenciatura assim como os enfermeiros sem o título de especialista, evidenciam uma percepção mais positiva da cultura de segurança nas dimensões “aprendizagem organizacional - melhoria contínua”, percepções gerais sobre a segurança do doente” e “frequência da notificação de eventos”. Os resultados também demonstraram que os enfermeiros com o nível académico de Bacharelato/Licenciatura evidenciam uma percepção mais positiva da cultura de segurança no que respeita à dimensão “feedback e comunicação acerca do erro”. Estes dados sugerem que os enfermeiros com menor nível académico estão dispostos a melhorar o seu conhecimento, pretendendo mais diferenciação dos conteúdos no âmbito da segurança do doente. Um estudo revelou que a dimensão “frequência dos eventos notificados” foi significativamente diferente de acordo com as habilitações académicas, sendo inversamente proporcional à escolaridade⁽⁵³⁾. No entanto, encontraram-se dados que revelam que os profissionais de saúde com o grau académico de mestrado, com um melhor status educacional, apresentavam pontuações de cultura de segurança do doente mais elevadas relativamente aos que possuem como habilitações académicas o bacharelato⁽¹⁰⁾.

Os enfermeiros de outras áreas de especialização de enfermagem manifestaram uma percepção mais positiva da cultura de segurança nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente”, “apoio à segurança do doente pela gestão” e “resposta ao erro não punitiva” se comparados aos enfermeiros das áreas de ESMO. Os resultados desta dimensão sugerem que os enfermeiros ESMO, sentem que existem fragilidades no que toca ao apoio do gestor e da direção do hospital na promoção da segurança dos doentes. Constataram-se divergências num estudo encontrado⁽⁵⁴⁾, que refere que os enfermeiros do serviço materno-infantil revelaram aspectos de cultura de segurança mais fortes do que os serviços da clínica médica e da clínica cirúrgica.

Como limitações do presente estudo identifica-se o facto de a amostra não ser probabilística o que condiciona a representatividade dos dados, impossibilitando a extrapolação dos resultados a outras amostras. A

avaliação da cultura de segurança poderá incluir o uso de métodos qualitativos para possibilitar uma compreensão mais profunda das percepções dos enfermeiros e fornecer *insights* sobre áreas de melhoria. Apesar das limitações expostas, este estudo traz contribuições importantes para o conhecimento sobre a cultura de segurança do doente que servirão de base de trabalho para desenvolver ações que garantam uma assistência de enfermagem segura nas instituições de saúde. Este estudo forneceu dados importantes que poderão servir para discussão do tema nos planos de estudos da licenciatura em enfermagem, nos mestrados e pós-graduações em enfermagem.

Conclusão

As características psicométricas do HSOPSC permitem assegurar que este instrumento é uma ferramenta que possibilita avaliar de forma consistente a cultura de segurança do doente, fornecendo uma estrutura adequada para o que se pretende medir.

A cultura de segurança do doente na perspetiva dos enfermeiros, foi avaliada contendo dimensões com valores próximos de poderem ser consideradas potenciadoras de uma cultura de segurança positiva (trabalho em equipa dentro das unidades, expectativas e ações do supervisor/gestor e feedback e comunicação sobre o erro). As dimensões aprendizagem organizacional - melhoria contínua, abertura na comunicação, transferências e transições hospitalares, percepções gerais sobre a segurança do doente são também valorizadas positivamente, mas devem ser alvo de alguma intervenção para que possam ser consideradas como aspetos fortes da cultura de segurança. Por outro lado, apurou-se a existência de cinco dimensões consideradas como problemáticas, com necessidade de intervenção prioritária (resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação de eventos, apoio à segurança pela gestão, dotação de profissionais e trabalho em equipa entre unidades). As múltiplas dimensões têm a capacidade de se influenciar mutuamente e são também influenciadas pela idade, experiência profissional e habilitações académicas.

Este estudo revela que é essencial avaliar continuamente a cultura de segurança para diagnosticar áreas de melhoria de forma a promover a qualidade e segurança do cuidado ao doente. Os dados do estudo expõem áreas frágeis de uma das instituições de saúde em Portugal, cenário idêntico a nível nacional e internacional, e que comprometem a direção hospitalar, gestores e líderes com o estabelecimento de abordagens e métodos de melhoria para reduzir o impacto na segurança dos doentes. Sugerem-se intervenções nas dimensões consideradas mais frágeis, de forma a proporcionar um ambiente da prática clínica com uma maior cooperação

entre as unidades hospitalares, com dotações adequadas das equipas, aperfeiçoando o *feedback* das informações e incentivando a notificação de eventos para promover cuidados de saúde mais seguros para os doentes e profissionais de saúde.

Referências

1. Ramos S, Sales L, Barroso F. Segurança do doente: princípios e conceitos. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 3-10.
2. World Health Organization. Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
3. Sousa P, Paiva SG, Lobão MJ, Van-Innis AL, Pereira C, Fonseca V. Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021–2026: A Robust Methodology Based on the Mixed-Method Approach. Port J Public Heal. 2021;39(3):175-92. <https://doi.org/10.1159/000521722>
4. Famolaro T, Hare R, Yount N, Fan L, Liu H, Sorra J. Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0: 2021 user database report [Internet]. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research in Quality; 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [tps://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf)
5. Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: A systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. BMJ Open. 2021;11(7):1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
6. Flott K, Fontana G, Darzi A. The Global State of Patient Safety [Internet]. London: Imperial College London; 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19\[2\].pdf](https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19[2].pdf)
7. Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2018;44(1):23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jcq.2017.09.001>
8. Eiras M. Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 41-50.
9. Sousa-Uva A, Serranheira F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: Sousa, P, Mendes W, organizators. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sep 13]. p. 115-38. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
10. Ayisa A, Getahun Y, Yesuf N. Patient safety culture and associated factors among health-care providers in the university of gondar comprehensive specialized hospital, northwest ethiopia. Drug Healthc Patient Saf. 2021;13:141-50. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S291012>
11. Kakemam E, Albelbeisi AH, Davoodabadi S, Ghafari M, Dehghandar Z, Raeissi P. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
12. Fragata J, Sousa P, Santos R. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa, P, Mendes W, organizators. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019. p. 17–36. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
13. Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: Sousa, P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sep 13]. p. 75-99. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
15. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educacao. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.
16. Price LR. Psychometric Methods: theory into practice. New York: The Guilford Press; 2017.
17. Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick D, Alonso J, Bouter LM, de Vet HC, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf
18. Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. Int J Surg. 2014;12(12):1500-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
19. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet]. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>

20. Almeida L, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 5ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições; 2017.
21. EUNetPaS. Use of patient safety culture instruments and recommendations [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 21]. Available from: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommendations-april-8-2010.pdf
22. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 13];27(2):111-22. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
23. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User guide HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf)
24. Marôco J. Análise estatística com o SPSS statistics. 7ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2018.
25. Arbuckle JL. Amos (Version 27.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS; 2014.
26. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2016.
27. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 8ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
28. Marôco J. Análise de equações estruturais : fundamentos teóricos, software & aplicações. 3ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
29. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
30. Hill MM. Investigação por questionário. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2016.
31. Pérez-Sánchez S, Madueño SE, Montaner J. Gender Gap in the Leadership of Health Institutions: The Influence of Hospital-Level Factors. *Health Equity*. 2021;5(1):521-5. <https://doi.org/10.1089/health.2021.0013>
32. Kearns T, Mahon P. How to attain gender equality in nursing- an essay. *BMJ*. 2021;373:14-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1232>
33. Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS, Michelin FT, et al. Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. *Res Soc Dev*. 2021;10(6):e55510616113. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>
34. Granel N, Manresa-Domínguez JM, Watson CE, Gómez-Ibáñez R, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>
35. Lee SE, Dahinten VS. The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(5):544-52. <https://doi.org/10.1111/jnu.12585>
36. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
37. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
38. Calvache JA, Benavides E, Echeverry S, Agredo F, Stolker RJ, Klimek M. Psychometric Properties of the Latin American Spanish Version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire in the Surgical Setting. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1806-13. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000644>
39. Tlili MA, Aouicha W, Sahli J, Zedini C, Ben Dhiab M, Chelbi S, et al. A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals. *Aust Crit Care*. 2021;34(4):363-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.004>
40. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
41. Andrade LEL, Lopes JM, Souza MCM Filho, Vieira RF Júnior, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):161-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
42. Cho SM, Choi JS. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(5):549-57. <https://doi.org/10.1111/jnu.12413>
43. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
44. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZDA, Avelino FVSD. Patient Safety Culture in Surgical Centers: Nursing Perspectives. *Rev Esc Enferm*. 2021;55:1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
45. Alquwez N, Cruz JP, Almoghairi AM, Al-Otaibi RS, Almutairi KO, Alicante JG, et al. Nurses' Perceptions

- of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):422-31. <https://doi.org/10.1111/jnu.12394>
46. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
47. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by brazilian health professionals: An integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2895-908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
48. Magalhães EV, Paiva FO, Alves MES, Almeida MC. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. *Rev Cuidarte*. 2021;12(3):e1990. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>
49. Bruno P. Segurança do doente e o direito. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 97-106.
50. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Almeida MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
51. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação Pelos Profissionais De Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
52. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
53. Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the hospital survey on patient safety culture. *Sao Paulo Med J*. 2019;137(3):216-22. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>
54. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCAB. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Obtenção de dados: Cláudia Patrícia da Costa Brás.

Análise e interpretação dos dados: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Análise estatística: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Redação do manuscrito: Cláudia Patrícia da Costa Brás.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 09.05.2022

Aceito: 07.09.2022

Editora Associada:
Andrea Bernardes

Autor correspondente:

Cláudia Patrícia da Costa Brás

E-mail: claudiabras@esenfc.pt

 <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

3.2. Cultura de Segurança na Prática Clínica dos Enfermeiros Obstetras (Artigo 2)

Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC. Cultura de segurança na prática clínica dos enfermeiros obstetras. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20220330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0330pt>



CULTURA DE SEGURANÇA NA PRÁTICA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Journal:	<i>Texto & Contexto Enfermagem</i>
Manuscript ID	TCE-2022-0330.R3
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	patient safety, safety management, organizational culture, obstetric nursing, cross sectional studies

CULTURA DE SEGURANÇA NA PRÁTICA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Cláudia Patrícia da Costa Brás^{1,2} 
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo^{3,4} 
Manuela Maria Conceição Ferreira⁵ 

¹Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem, Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal.

³Universidad de Huelva, Departamento de Enfermería, Huelva, Espanha.

⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

⁵Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Viseu, Portugal.

RESUMO

Objetivo: identificar as dimensões da cultura de segurança que influenciam a prática clínica dos enfermeiros obstetras.

Método: estudo observacional, analítico, transversal, realizado em duas maternidades integradas em um centro hospitalar da região Centro de Portugal, no período de setembro de 2018 a maio de 2019. Um total de 70 enfermeiros obstetras respondeu ao *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os dados foram submetidos à análise descritiva e inferencial. As dimensões foram consideradas fortes quando apresentaram *scores* $\geq 75,0\%$ de respostas positivas, e consideradas problemáticas, quando apresentaram *scores* $\leq 50,0\%$.

Resultados: a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi a dimensão que obteve *scores* acima de 75,0%. As dimensões “expectativas do supervisor”, “*feedback* e comunicação sobre o erro”, “abertura na comunicação”, “aprendizagem organizacional” e “transferências e transições hospitalares” obtiveram pontuações entre 50,0% e 65,0%. As dimensões “resposta ao erro não punitiva”, “frequência da notificação de eventos”, “apoio à segurança do paciente pela gestão” e “quantidade de profissionais” apresentaram *scores* abaixo de 40,0%.

Conclusão: os resultados deste estudo mostram que o trabalho em equipe dentro das unidades é uma dimensão forte da cultura de segurança nas maternidades. Contudo, a prevalência de uma cultura punitiva, de subnotificação de eventos adversos, uma quantidade insuficiente de enfermeiros obstetras e pouco comprometimento da gestão hospitalar são consideradas como dimensões problemáticas que influenciam a prática dos enfermeiros obstetras. Essa avaliação da cultura de segurança contribui para o planejamento de intervenções que reduzem a incidência de erros e melhoram a segurança da assistência obstétrica.

DESCRIPTORES: Enfermagem obstétrica. Segurança do paciente. Gestão da segurança. Cultura organizacional.

COMO CITAR: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC. Cultura de segurança na prática clínica dos enfermeiros obstetras. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20220330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0330pt>

SAFETY CULTURE IN OBSTETRIC NURSES' CLINICAL PRACTICE

ABSTRACT

Objective: to identify the safety culture dimensions that influence obstetric nurses' clinical practice.

Method: an observational, analytical and cross-sectional study, carried out from September 2018 to May 2019 at two maternity hospitals integrated in a hospital center in the Central region of Portugal. A total of 70 obstetric nurses answered the Hospital Survey on Patient Safety Culture. The data were submitted to descriptive and inferential analysis. The dimensions were considered strong when they presented scores $\geq 75.0\%$ of positive answers, and deemed as problematic with scores $\leq 50.0\%$.

Results: the "Teamwork within units" dimension was the one that obtained scores above 75.0%. The "Supervisor expectations", "Feedback and communication about errors", "Communication openness", "Organizational learning" and "Hospital handoffs and transitions" dimensions obtained scores between 50.0% and 65.0%. The "Non-punitive response to error", "Frequency of events reported", "Management support for patient safety" and "Staffing" dimensions had scores below 40.0%.

Conclusion: the results of this study show that "Teamwork within units" is a strong safety culture dimension in maternity hospitals. However, the prevalence of a punitive culture, underreporting of adverse events, insufficient number of obstetrical nurses and little commitment of the hospital management are considered as problematic dimensions that influence obstetric nurses' practice. This assessment of the safety culture contributes to planning interventions that reduce the incidence of errors and improve the safety of obstetric care.

DESCRIPTORS: Obstetric Nursing. Patient safety. Safety management. Organizational culture.

LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEROS ESPECIALIZADOS EN OBSTETRICIA

RESUMEN

Objetivo: identificar las dimensiones de la cultura de seguridad que influyen en la práctica clínica de enfermeros especializados en Obstetricia.

Método: estudio observacional, analítico y transversal, realizado en dos maternidades integradas en un centro hospitalario de la región Central de Portugal entre septiembre de 2018 y mayo de 2019. Un total de 70 enfermeros especializados en Obstetricia respondió la *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Los datos se sometieron a análisis descriptivo e inferencial. Las dimensiones fueron consideradas sólidas cuando presentaron puntuaciones $\geq 75,0\%$ de respuestas positivas, y problemáticas cuando obtuvieron valores $\leq 50,0\%$.

Resultados: la dimensión "Trabajo en equipo dentro de las unidades" fue la que obtuvo puntuaciones superiores al 75,0%. Las dimensiones "Expectativas del supervisor", "Feedback y comunicación sobre los errores", "Apertura en la comunicación", "Aprendizaje organizacional" y "Transferencias y transiciones hospitalarias" obtuvieron puntuaciones entre 50,0% y 65,0%. Las dimensiones "Respuesta no punitiva a los errores", "Frecuencia de eventos notificados", "Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente" y "Dotación de profesionales" presentaron porcentajes inferiores al 40,0%.

Conclusión: los resultados de este estudio demuestran que el "Trabajo en equipo dentro de las unidades" es una dimensión sólida de la cultura de seguridad en las maternidades. Sin embargo, la prevalencia de una cultura punitiva, de la subnotificación de eventos adversos, una dotación insuficiente de enfermeros especializados en Obstetricia u el bajo nivel de compromiso de la gerencia hospitalaria se consideran dimensiones problemáticas que influyen en la práctica de los enfermeros especializados en Obstetricia. Esta evaluación de la cultura de seguridad ayuda a planificar intervenciones que reducen la incidencia de errores y mejoran la seguridad de la asistencia obstétrica.

DESCRIPTORES: Enfermería obstétrica. Seguridad del paciente. Administración de la seguridad. Cultura organizacional.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação crescente para as organizações de saúde, onde são desenvolvidas atividades complexas e imprevisíveis que podem originar eventos indesejáveis. Alguns estudos têm mostrado que, em média, um em cada dez pacientes está sujeito a um evento adverso durante o internamento hospitalar¹.

Mais de um terço das mortes maternas e uma proporção substancial das condições de risco de vida das mulheres são atribuídas a complicações que surgem durante o trabalho de parto, parto ou no período pós-parto imediato, em que os eventos adversos evitáveis estão relacionados com qualquer dano físico ou mental à grávida, ao feto ou ao recém-nascido².

No âmbito nacional e internacional foram surgindo, nesses últimos anos, *guidelines* que têm permitido mudanças nas práticas de assistência, para um exercício profissional seguro na área de obstetrícia, nomeadamente: o documento *Triagem - Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia*³; o Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica⁴; o documento *Intrapartum care for a positive childbirth experience*²; a lista de verificação para os partos seguros⁵ e a lista de verificação de segurança cirúrgica criada pela Organização Mundial da Saúde e que pode ser aplicada nas cesarianas⁶.

A 74^a Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde definiu um Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030, que visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de milhões de pacientes, na sequência de cuidados de saúde inseguros no mundo todo¹. Em Portugal, assistiu-se ao lançamento do novo Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, que assenta em cinco pilares fundamentais: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas em ambientes seguros. O quinto pilar deste plano contempla no objetivo 5.1 e 5.2 as ações relativas à implementação de práticas seguras relativas à segurança no parto⁷.

A promoção da segurança da mulher é essencial nas unidades de cuidados em obstetrícia, pelo fato de cada intervenção poder envolver um risco duplo de morbimortalidade materna e fetal⁸. *The Joint Commission Sentinel Event Alert* revela que, em 47 casos estudados de morte perinatal ou incapacidade permanente, as principais causas dos eventos adversos foram: a comunicação; a cultura organizacional; o trabalho em equipe pela hierarquização das estruturas organizacionais; a competência da equipe; o processo de orientação e treino; problemas de supervisão de médicos e enfermeiras obstetras e insuficientes informações pré-natais⁹.

Os enfermeiros obstetras têm como foco de atenção as necessidades da mulher/casal/família, prevenindo complicações durante os processos de saúde/doença ao longo do ciclo reprodutivo, tendo em conta as melhores evidências científicas disponíveis. Contudo, a problemática da cultura de segurança nas maternidades não tem sido um requisito prioritário para as instituições de saúde, mesmo sendo essencial à qualidade dos cuidados e que está relacionada com valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que influenciam a forma como os profissionais percebem e agem sobre as questões de segurança de uma organização¹⁰.

É urgente a adoção de estratégias que contribuam para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, que reduza a frequência e a gravidade dos erros no cuidado à mulher e ao recém-nascido¹¹. Este processo requer conhecimento prévio da cultura de segurança, identificando as fragilidades existentes nas maternidades, de forma a instigar atitudes proativas em todos os atores envolvidos⁸.

Avaliar a cultura de segurança permite fornecer dados mensuráveis, identificar áreas de melhoria e implementar processos de mudança para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica¹². A segurança, particularmente nas maternidades, pode ser influenciada pela cultura organizacional, trabalho em equipe, comunicação, respostas não punitivas e percepções das equipas sobre a segurança do paciente⁸.

Criar uma cultura de segurança é um trabalho árduo, exigindo equipes de trabalho resilientes, capazes de manter as ações e de se adaptarem à pressão dos diferentes riscos clínicos intrínsecos às atividades de prestação de cuidados de saúde¹³. No entanto, ainda não estamos no nível desejado de cultura de segurança, quando o número de enfermeiros obstetras é insuficiente para suprir as necessidades de cuidados especializados, quando predomina nas unidades de obstetrícia uma cultura punitiva e uma subnotificação de eventos adversos e pouco comprometimento e apoio da direção hospitalar nas questões de segurança do paciente^{14–16}.

Avaliar a cultura de segurança nas organizações se tornou uma necessidade, especialmente na área obstétrica, o que permitirá identificar as dimensões potenciadoras e problemáticas e, consequentemente, desenhar intervenções específicas para promover a segurança da mulher. O presente estudo tem como objetivo identificar as dimensões da cultura de segurança que influenciam a prática clínica dos enfermeiros obstetras.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, analítico e transversal, que foi orientado pela ferramenta *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁷. A amostra não probabilística de conveniência foi constituída por 70 enfermeiros obstetras de duas maternidades integradas em um centro hospitalar da região Centro de Portugal. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2018 e maio de 2019.

Nos critérios de inclusão, consideraram-se todos os enfermeiros que desenvolviam funções de prestação de cuidados diretos à grávida/puérpera. Nos critérios de exclusão, consideraram-se exercer funções como enfermeiro gestor e estar ausente temporariamente do serviço no período de coleta de dados devido a estar sob atestado médico, licença de férias ou outra licença.

Os dados foram coletados através de um questionário *ad hoc* que permitiu a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas) e a caracterização profissional (experiência profissional, experiência profissional na instituição atual, treinamento em segurança do paciente), integrando também o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – versão 1, elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O HSOPSC, desenvolvido pela AHRQ, avalia a cultura de segurança e monitoriza a sua evolução, para promover mudanças e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde¹⁸. Este instrumento tem grande potencial para identificar os determinantes da cultura de segurança, englobando quarenta e dois itens, em forma de escala ordinal, do tipo Likert, graduada em cinco níveis: de 1 (discordo totalmente ou nunca) a 5 (concordo totalmente ou sempre).

O HSOPSC avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, que são agrupadas em três grandes categorias: no contexto da unidade, no contexto hospitalar e variáveis de resultados. As dimensões no contexto da unidade são: trabalho em equipe dentro das unidades (dimensão 1); expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente (dimensão 2); aprendizagem organizacional - melhoria contínua (dimensão 3); *feedback* e comunicação acerca do erro (dimensão 6); abertura na comunicação (dimensão 7); quantidade de profissionais (dimensão 10) e resposta ao erro não punitiva (dimensão 12). As dimensões no contexto hospitalar compreendem: o apoio à segurança do paciente pela gestão (dimensão 4); trabalho em equipe entre as unidades (dimensão 9) e transferências e transições (dimensão 11). As variáveis de resultados da cultura de segurança incluem: as percepções gerais sobre a segurança do paciente (dimensão 5); frequência da notificação de eventos (dimensão 8) e duas variáveis de item único, que são avaliadas separadamente (grau de segurança do paciente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses)¹⁹.

A versão original deste instrumento foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para o português de Portugal, sendo solicitada autorização à autora que efetuou a validação do instrumento²⁰. Após aprovação da comissão de ética integrada na Unidade de Inovação e Desenvolvimento - Centro

de Ensaios Clínicos e da Direção do centro hospitalar da região Centro de Portugal, os questionários foram entregues em papel, com pedido escrito de consentimento, reforçando o caráter anônimo e confidencial do tratamento dos dados. O consentimento informado incluiu a descrição do estudo, riscos, benefícios, confidencialidade, dados de contato pertinentes do pesquisador, participação voluntária e o direito de desistir a qualquer momento do estudo. Os questionários foram devolvidos em envelope fechado separadamente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tendo em conta a população das duas maternidades (142 enfermeiros obstetras), foram entregues 125 questionários, sendo 70 devolvidos ao investigador, o que representa uma taxa de adesão de 56,0%, superando a meta mínima dos autores do instrumento, que seria de 50,0% de acordo com critérios da AHRQ¹⁹.

Os resultados do HSOPSC foram analisados e interpretados seguindo a metodologia proposta no guia do utilizador da AHRQ¹⁹. Os itens formulados negativamente foram invertidos (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11). Os autores da escala recomendam que, para facilitar a análise dos dados, todos os cinco níveis de resposta da escala ordinal tipo Likert original, sejam recodificados em 3 níveis de resposta (positivo, neutro, negativo). A percentagem de respostas positivas corresponde à combinação de possibilidades de resposta “concordo totalmente”, “concordo”, “sempre” e “na maioria das vezes” tendo em conta as questões efetuadas. O nível considerado “neutro” consiste no ponto médio da escala, correspondendo à combinação das respostas “não concordo nem discordo” e “às vezes” de acordo com o tipo de questão. A percentagem de respostas negativas corresponde à combinação de possibilidades de resposta “discordo totalmente”, “discordo”, “nunca” e “raramente” tendo em consideração as questões efetuadas.

As dimensões da cultura de segurança foram calculadas por meio da determinação da percentagem média (não ponderada) somente das respostas positivas dos itens de cada dimensão^{19,20}. A percentagem de respostas positivas aos itens foi considerada, dividindo o número de respostas positivas pelo número total de respostas (positivas, neutras, negativas). A AHRQ considera que avaliações positivas iguais ou superiores a 75,0% designam dimensões que representam áreas fortes da cultura de segurança e valores médios de respostas positivas iguais ou inferiores a 50,0% indicam dimensões problemáticas²¹.

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis de contexto profissional investigadas (tempo de experiência profissional e possuir treinamento em segurança do paciente) foram verificadas através da estatística inferencial. A estatística U de Mann-Whitney foi utilizada para análise inferencial, de forma a identificar os grupos que diferem estatisticamente entre si. Os grupos a comparação são constituídos por enfermeiros obstetras com tempo de experiência profissional inferior ou igual a 20 anos (n=33) e enfermeiros obstetras com tempo de experiência profissional superior a 20 anos (n= 37). O outro grupo a comparação refere-se à variável treinamento em segurança do paciente, com enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente (n=5) e enfermeiros obstetras que não realizaram treinamento em segurança do paciente (n=65).

Relativamente à variável tempo de experiência profissional, nos testes de Mann-Whitney, as hipóteses foram elaboradas do seguinte modo: (hipótese nula) H_0 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que têm 20 ou menos anos de experiência e dos enfermeiros obstetras que têm mais de 20 anos, são idênticas (sendo $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11$ e 12) e (hipótese alternativa) H_1 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que têm 20 ou menos anos de experiência e dos enfermeiros obstetras que têm mais de 20 anos, não são idênticas (sendo $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11$ e 12).

Quanto à variável treinamento em segurança do paciente, nos testes de Mann-Whitney, as hipóteses foram elaboradas do seguinte modo: (hipótese nula) H_0 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente e dos enfermeiros obstetras que não realizaram treinamento em segurança do paciente, são idênticas

(sendo $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11$ e 12) e (hipótese alternativa) H_1 - a distribuição das funções das medianas da Dim i dos enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente e dos enfermeiros obstetras que não realizaram treinamento em segurança do paciente, não são idênticas (sendo $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11$ e 12).

Utilizámos o teste de Mann-Whitney, sendo os intervalos de confiança (IC) 95%, calculados para amostras Independentes de Diferença Mediana de *Hodges-Lehman*²².

Todos os testes consideraram um erro Tipo I de 5%²³. O programa de software IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 27.0, foi utilizado para a análise estatística dos dados²⁴.

RESULTADOS

A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (90,0%), com uma média de idade de 46 anos. A maioria dos participantes era casado ou vivia em união estável (61,4%). Quanto às habilitações académicas, 27,1% possuíam mestrado, e 71,4%, licenciatura em enfermagem. Quanto ao tempo de experiência profissional, 52,9% tinham mais de 20 anos de experiência e trabalhavam em média há 20 anos na instituição onde foi realizado o estudo. Apenas 7,1% dos enfermeiros participaram em treinamento sobre segurança do paciente, com temáticas relacionadas à qualidade e segurança, prevenção de quedas, infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança no trabalho. As demais características estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros obstetras. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70)

Variáveis	Média	Desvio Padrão
	n	(%)
Idade (anos)	45,5	9,0
Experiência profissional na instituição atual (anos)	19,58	8,9
Sexo		
Feminino	63	90,0
Masculino	7	10,0
Estado civil		
Solteiro	15	21,4
Casado(a)/União de Facto	43	61,5
Divorciado(a)	8	11,4
Viúvo(a)	4	5,7
Habilitações Académicas		
Bacharelato	1	1,4
Licenciatura	50	71,4
Mestrado	19	27,1
Experiência profissional		
≤ 20 anos	33	47,1
> 20 anos	37	52,9
Experiência profissional na instituição atual		
≤ 20 anos	39	57,7
> 20 anos	31	44,3
Treinamento em segurança do paciente		
Sim	5	7,1
Não	65	92,9

Relativamente às dimensões da cultura de segurança, as percentagens médias de respostas positivas variaram de 19,5% a 78,2%. A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” atingiu o *score* acima dos 75,0%, conforme mencionado pelos autores da escala²¹. As dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente”, “*feedback* e comunicação sobre o erro” e “abertura na comunicação” apresentaram percentagens de respostas positivas entre 60,0% e 63,6%. Em seis dimensões, a percentagem média de respostas positivas ficou abaixo de 50,0%, conforme se pode visualizar na Tabela 2.

Este estudo constatou que 40,0% dos enfermeiros obstetras classificaram o grau de segurança do paciente como aceitável e 24,3% como fraco ou muito fraco, verificando-se que a maioria dos enfermeiros obstetras (85,7%) não notificou nenhum evento nos últimos 12 meses. As demais características estão descritas na Tabela 3.

Tabela 2 - Respostas positivas das dimensões da cultura de segurança do paciente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70)

Dimensões da cultura de segurança	nº itens	% média de respostas positivas
No contexto da unidade		
Trabalho em equipe dentro das unidades	4	78,2
Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente	4	63,6
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	3	51,9
Feedback e comunicação sobre o erro	3	60,0
Abertura na comunicação	3	60,5
Quantidade de profissionais	4	35,7
Resposta ao erro não punitiva	3	19,5
No contexto hospitalar		
Apoio à segurança do paciente pela gestão	3	21,0
Trabalho em equipe entre unidades	4	40,4
Transferências e transições hospitalares	4	57,8
Variáveis de resultados da cultura de segurança		
Percepções gerais sobre a segurança do paciente	4	44,8
Frequência da notificação de eventos	3	21,0

Tabela 3 – Avaliação do grau de segurança do paciente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70)

Variáveis	n	(%)
Grau de segurança do paciente		
Muito fraco	1	1,4
Fraco	16	22,9
Aceitável	28	40,0
Muito bom	24	34,3
Excelente	1	1,4
Número de eventos notificados		
Nenhum	60	85,7
1 a 2 relatórios de eventos	9	12,9
3 a 5 relatórios de eventos	1	1,4

Quanto às variáveis experiência profissional e treinamento em segurança do paciente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões da cultura de segurança, conforme se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4 – Associação das variáveis profissionais (experiência profissional, treinamento em segurança do paciente) com as dimensões da cultura de segurança do paciente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019. (n=70)

Variável	Experiência Profissional (n=70)					Treinamento em segurança do paciente (n=70)				
	<=20 anos (n=33)		>20 anos (n=37)		Valor de p [*]	Não (n=65)		Sim (n=5)		Valor de p [†]
	Mediana	IC95% [†]	Mediana	IC95% [†]		Mediana	IC95% [†]	Mediana	IC95% [†]	
Dim. 1 [‡]	4,00	4,00;4,25	4,00	4,00;4,25	0,525	4,00	4,00;4,25	3,75	3,25;4,25	0,478
Dim. 2 [§]	3,75	3,75;4,00	3,50	3,25;4,00	0,371	3,75	3,75;4,00	3,25	3,00;4,00	0,247
Dim. 3	3,33	3,00;4,00	3,67	3,67;4,00	0,380	3,33	3,33;3,67	3,00	3,00;4,00	0,492
Dim. 4 [¶]	2,33	2,00;3,00	3,00	3,00;3,33	0,078	2,67	2,67;3,33	3,00	3,00;3,67	0,241
Dim. 5 ^{**}	3,00	2,75;3,75	3,00	2,75;3,50	0,493	3,00	2,75;3,50	2,75	2,25;3,75	0,801
Dim. 6 ^{††}	3,33	3,33;3,67	3,67	3,67;4,00	0,971	3,67	3,67;4,00	3,33	3,00;4,00	0,528
Dim. 7 ^{‡‡}	3,67	3,33;4,00	3,33	3,33;3,67	0,853	3,67	3,67;4,00	3,00	3,00;4,00	0,207
Dim. 8 ^{§§}	2,00	2,00;3,00	2,67	2,00;3,33	0,115	2,00	2,00;3,00	2,67	2,00;4,33	0,634
Dim. 9	3,25	3,25;4,00	3,25	3,25;3,75	0,201	3,25	3,25;3,75	3,25	3,00;4,00	0,604
Dim. 10 ^{¶¶}	2,75	2,50;3,25	3,00	3,00;3,50	0,317	3,00	3,00;3,25	2,75	2,25;3,00	0,172
Dim. 11 ^{***}	3,50	3,50;4,00	3,50	3,25;4,00	0,428	3,50	3,50;4,00	3,25	3,00;4,25	0,835
Dim. 12 ^{†††}	2,33	2,33;3,00	2,67	2,67;3,33	0,571	2,67	2,67;3,00	2,33	2,33;3,00	0,540

*De acordo com o teste de Mann-Whitney a 95% de confiança; [†]IC95% para amostras Independentes de Diferença Mediana de Hodges-Lehman; [‡]Dim. 1 = trabalho em equipe dentro das unidades;

[§]Dim. 2 = expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do paciente; ^{||}Dim. 3 = aprendizagem organizacional - melhoria contínua; [¶]Dim. 4 = apoio à segurança do paciente pela gestão; ^{**}Dim. 5 = percepções gerais sobre a segurança do paciente; ^{††}Dim. 6 = feedback e comunicação acerca do erro; ^{‡‡}Dim. 7 = abertura na comunicação; ^{§§}Dim. 8 = frequência da notificação de eventos; ^{|||}Dim. 9 = trabalho em equipe entre unidades; ^{¶¶}Dim. 10 = quantidade de profissionais; ^{***}Dim. 11 = transferências e transições; ^{†††}Dim. 12 = resposta ao erro não punitiva

DISCUSSÃO

No presente estudo, apenas a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” atingiu a porcentagem de respostas positivas necessárias para ser considerada uma dimensão forte da cultura de segurança do paciente, obtendo um *score* de 78,0%²¹, sendo considerada uma dimensão que promove a cultura de segurança nas maternidades²⁵.

Uma boa interação entre as equipes, o apoio mútuo e o respeito repercutem positivamente na assistência obstétrica e permitem tomadas de decisão mais eficientes e precisas²⁶. No entanto, a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” foi considerada uma área frágil, com um *score* de 40,0%, dados idênticos à literatura internacional^{16,27}, possivelmente refletindo a falta de apoio e coordenação entre as unidades hospitalares.

A dimensão “expectativas e ações do supervisor/gestor” para a promoção da segurança do paciente apresentou uma porcentagem média de respostas positivas de 64,0%, o que sugere que os enfermeiros obstetras reconhecem o papel do supervisor na promoção da segurança do paciente. Estudos internacionais^{16,28} confirmam que o papel do supervisor/gestor promove uma cultura de aprendizagem, aumenta a conscientização e está associada ao aumento do envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos.

As dimensões “*feedback* e comunicação sobre o erro” e “abertura na comunicação” obtiveram porcentagens médias positivas de 60,0%¹⁶, evidenciando que os profissionais de saúde são informados sobre os erros e discutem abertamente formas de preveni-los. Todavia, quando falamos de comunicação, não podemos esquecer a dimensão “transferências e transições hospitalares” que, apesar de obter uma porcentagem média de respostas positivas com um *score* de 57,8%, é uma área que necessita de intervenções de melhoria²⁵. Os profissionais de saúde defendem diretrizes e protocolos padronizados para comunicação eficiente do conteúdo das transferências nos serviços de obstetrícia, pois conhecem os riscos potenciais de transferências curtas, imprecisas ou incompletas, muitas vezes agravadas pela falta de tempo e recursos humanos reduzidos²⁹.

Discutir sobre riscos potenciais facilita a aprendizagem, incentiva as mudanças positivas e permite desencadear emoções e sentimentos nos profissionais, que todos os dias têm a enorme responsabilidade de prestar cuidados à mulher e ao recém-nascido³⁰. Contudo, neste estudo, a dimensão “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” obteve uma resposta positiva média de 51,9%, com resultados semelhantes aos encontrados em estudos internacionais, que mostram que uma proporção significativa de participantes não se encontra atualmente envolvido em iniciativas de qualidade e segurança^{25,31}. Os resultados desta dimensão revelam que os enfermeiros obstetras precisam trabalhar essa área com o objetivo de atingir ganhos efetivos, devendo demonstrar um compromisso autêntico para aprender com as situações de risco e usar essa aprendizagem para promover melhorias, em uma perspectiva integrada, por toda a equipe multiprofissional, fomentando uma cultura mais justa³².

No presente estudo, as dimensões “abertura de comunicação” e “*feedback* sobre o erro” obtiveram *scores* acima dos 50,0%, contudo, os enfermeiros obstetras continuam relutantes em notificar eventos adversos, como se verifica pela porcentagem média de respostas positivas significativamente baixo (21,0%) na dimensão “frequência de notificação de eventos”. Este resultado é explicado pelo elevado número de enfermeiros obstetras (86,0%) que não notificaram eventos nos últimos 12 meses. Também em uma investigação efetuada em 12 unidades obstétricas da Noruega, foi relatado que apenas uma fração muito pequena de eventos obstétricos graves foi notificada, porque essas unidades não têm uma cultura tradicional de notificação e aprendizagem acerca dos eventos¹⁵. Sabe-se que uma notificação transparente e correta da análise dos eventos adversos é pré-requisito para aprender, gerir riscos e aumentar a cultura de notificação¹⁵. Alguns estudos internacionais mostram que os motivos da subnotificação incluem sobrecarga de trabalho, esquecimento, desvalorização do erro e falta de *feedback* acerca dos eventos relatados³³.

A subnotificação de eventos adversos está associada à dimensão “resposta ao erro não punitiva”, que também obteve uma das porcentagens médias de respostas positivas mais baixas, com um *score* de 20,0%, o que se assemelha a estudos realizados em outros hospitais internacionais^{14,34}. O desconhecimento ou a falta de compreensão da equipe de enfermagem relativamente à possibilidade da ocorrência de erros na prestação de cuidados pode desencadear sentimentos de vergonha, culpa e medo, que podem ser agravados pela cultura punitiva ainda predominante nas instituições de saúde¹⁴. Um estudo norueguês em unidades de obstetrícia, revela a existência de uma cultura de culpa, desconsiderando os fatores sistêmicos envolvidos na ocorrência de um erro¹⁵. As enfermeiras obstetras também relatam que os níveis de *stress* profissional aumentam pelo receio de processos jurídicos³⁵.

Em Portugal, a problemática da subnotificação de eventos pode estar associada ao fato de o sistema de notificação não salvaguardar a não identificação dos profissionais. Enquanto não existir uma regulamentação legal dos sistemas de incidentes em Portugal que assegure a confidencialidade e a não punibilidade das notificações, a notificação de um evento adverso pode ser utilizada como prova em um processo judicial³⁶.

A dimensão “quantidade de profissionais” também foi considerada uma área frágil da cultura de segurança, com uma porcentagem média de respostas positivas de 36,0%, resultados semelhantes também encontrados em um estudo europeu²⁵. Organizações com um número insuficiente de prestadores de cuidados de saúde enfrentam diversas consequências, como sobrecarga de trabalho, esgotamento e insônia, que, por sua vez, levam a uma menor qualidade no cuidado às mulheres⁸. Um número efetivo de enfermeiras obstetras é crucial para a segurança da mulher durante o parto, sendo que um volume de trabalho acima do adequado pode aumentar entre 8,0% a 34,0% as probabilidades da ocorrência de incidentes de segurança, intensificando a fadiga física e emocional dos prestadores de cuidados de saúde^{28,37}. Um estudo em uma unidade de obstetrícia e ginecologia também relatou insuficiência de pessoal nas unidades e a necessidade de efetuar horas extras para resolver problemas de carência estrutural de profissionais de saúde¹⁶.

No presente estudo, a dimensão “percepções gerais de segurança do paciente” também teve uma porcentagem média positiva inferior a 50,0%, com um score de 48,0%, valores próximos de resultados de estudos internacionais^{27,33} e que evidenciam que nem sempre os procedimentos e os sistemas nas organizações de saúde são capazes de prevenir os erros e, por isso, existem problemas relacionados com a segurança do paciente.

A dimensão “apoio à segurança do paciente pela gestão” obteve uma média de respostas positivas de 21,0%, evidenciando que os enfermeiros obstetras reconhecem que a direção hospitalar não proporciona um ambiente de confiança e motivação nas instituições hospitalares e é pouco comprometida com a segurança do paciente. Se os gestores não estiverem comprometidos com a promoção de uma cultura de segurança, dificilmente os profissionais de saúde se sentirão comprometidos e responsáveis pela segurança do paciente¹⁴. As estruturas organizacionais rígidas são mencionadas pelas enfermeiras obstetras como uma barreira ao trabalho interprofissional eficaz, dificultando a promoção de uma cultura de segurança³⁰, sendo o apoio por parte da organização e dos gestores muito limitado para mudar práticas no local de trabalho em benefício das mulheres e recém-nascidos³⁸.

No presente estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável experiência profissional e as dimensões da cultura de segurança, no entanto, um estudo internacional evidencia que um maior tempo de experiência profissional está associado a maiores percepções de cultura de segurança do paciente nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor para promoção da segurança do paciente” e “aprendizagem organizacional-melhoria contínua”³⁹. Verifica-se contudo, que os valores das medianas são mais elevados nos enfermeiros obstetras com mais de 20 anos de experiência profissional, em seis das dimensões da cultura de segurança.

Relativamente à variável ter treinamento em segurança do paciente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com as dimensões da cultura de segurança do paciente, resultado que se poderia prever devido ao reduzido número de enfermeiros obstetras que fizeram treinamento em segurança do paciente. Contudo, podemos verificar que os enfermeiros obstetras que realizaram treinamento em segurança do paciente obtiveram valores de medianas mais elevados do que os enfermeiros obstetras que não efetuaram treinamento, nas dimensões “percepções gerais sobre a segurança do paciente”, “resposta ao erro não punitiva”, “transferências e transições” e “quantidade de profissionais”. Isto pode sugerir, caso a amostra fosse alargada, que poderíamos obter diferenças relativamente a esta variável, revelando que ter treinamento em segurança do paciente poderá proporcionar uma maior conscientização dos enfermeiros obstetras sobre a importância de recursos humanos e sistemas adequados para a segurança do paciente, da necessidade de mudança de uma cultura punitiva para uma cultura justa de aprendizagem com os erros e da valorização dos momentos de transferências e transições de cuidados.

A literatura menciona-nos que os conhecimentos e competências sobre cultura de segurança do paciente, adquiridos através de treinamento contínuo, estabelecido e sustentado pela gestão hospitalar, permitem prevenir erros e contribuir para uma abordagem mais objetiva dos incidentes ocorridos⁴⁰.

Como limitações deste estudo, referenciamos o tipo de amostra ser não probabilística, o que limitou a representatividade dos dados e impossibilitou a generalização dos resultados. Além disso, a avaliação da cultura de segurança poderá incluir o uso de abordagens qualitativas para permitir uma compreensão mais profunda das percepções dos enfermeiros obstetras e fornecer *insights* sobre áreas de melhoria.

Foram inúmeras as adversidades vivenciadas pelo investigador na distribuição e coleta de dados através dos questionários disponibilizados face-a-face. Alguns enfermeiros obstetras não se mostraram muito motivados para responder ao questionário, pois sentem que as suas opiniões não são valorizadas e nem conduzem a mudanças significativas na área de segurança.

Este estudo com enfermeiros obstetras de duas maternidades com características distintas revela contribuições importantes para o aumento do conhecimento sobre a cultura de segurança em unidades de assistência obstétrica, que servirá de base para o delineamento de intervenções que garantam uma assistência de enfermagem segura nas maternidades. Este estudo é essencial para avaliar continuamente a cultura de segurança, diagnosticando áreas vulneráveis, a fim de promover a qualidade e segurança da assistência à mulher, fornecendo dados importantes que podem ser úteis para discutir a problemática nos planos de ensino da licenciatura em enfermagem e do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

CONCLUSÃO

O trabalho em equipe dentro das unidades é uma dimensão forte na promoção da cultura de segurança nas maternidades. No entanto, seis dimensões foram consideradas problemáticas e com necessidade de intervenção prioritária: “resposta ao erro não punitiva”; “frequência da notificação de eventos”; “trabalho em equipe entre unidades”; “apoio à segurança do paciente pela gestão”; “quantidade de profissionais”; e “percepções gerais sobre a segurança do paciente”. As dimensões da cultura de segurança se influenciam mutuamente e são também influenciadas pelo treinamento dos enfermeiros obstetras.

Os dados do estudo expõem fragilidades nas instituições de saúde da assistência obstétrica que comprometem profissionais de saúde, gestores e supervisores, ao estabelecer abordagens e métodos de melhoria para reduzir o impacto na segurança da mulher e do recém-nascido. Deve investir-se na cooperação entre as unidades hospitalares, no dimensionamento de pessoal adequado, na promoção da notificação de eventos adversos e em uma cultura justa e transparente, para melhorar a segurança dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso 2023 Jan 23]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
2. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2022 Set 12]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C9BD8527DDBF8E39FD2ED39E31B321BE?sequence=1>

3. Torgal AL, Moura A, Madruga C, Cerejeira I, Miranda L, Santana S, et al. Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia [Internet]. 2017 [acesso 2023 Fev 4]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/TriagemObstetrica2017_vf.pdf
4. Barradas A, Torgal AL, Gaudêncio AP, Prates A, Madruga C, Clara E, et al. Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras [Internet]. 2015 [acesso 2023 Fev 4]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 [acesso 2023 Jan 23]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
6. Araújo A, Lima J, Néné M. Nascimento seguro. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 307-18.
7. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. Diário da República: 2.ª série, nº 187. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026) [Internet]. 2021 [acesso 2021 Set 24];(187)96–103. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
8. Akbari N, Malek M, Ebrahimi P, Haghani H, Aazami S. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam Province, Iran: A census survey using HSOPSC tool. Pan Afr Med J [Internet]. 2017 [acesso 2022 Set 29];27:268. Disponível em: <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.268.9776>
9. The Joint Commission. Preventing infant death and injury during delivery - Sentinel Event Alert [Internet]. 2004 [acesso 2023 Fev 6]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_30.pdf
10. Famolaro T, Hare R, Yount N, Fan L, Liu H, Sorra J. Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0:2021 user database report [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2021 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf>
11. Skoogh A. Patient safety in intrapartum care: Adverse events and healthcare professionals' perceptions of patient safety, patient safety culture and teamwork. Sweden: Karlstad University; 2022 [acesso 2023 Fev 6]. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1645030/FULLTEXT02.pdf>
12. Ribelienė J, Macijauskienė J, Tamelienė R, Kudrevičienė A, Nedzelskienė I, Blaževičienė A. Factors relating to a safety culture in the University Perinatal Center: the nurses' and midwives' perspective. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [acesso 2023 Ago 1];19(16). Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph19169845>
13. Fragata J, Sousa P, Santos R. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2nd ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019. p. 17-36.
14. Carmo JMA do, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV de, Manzo BF, Guimarães G de L. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2022 Dez 1];73(5):e20190576. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
15. Johansen LT, Braut GS, Acharya G, Andresen JF, Øian P. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice. BMC Health Serv Res [Internet]. 2021 [acesso 2022 Dez 1];21(1):931. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12913-021-06956-6>

16. Ribeliene J, Blazeviciene A, Nadisauskiene RJ, Tameliene R, Kudreviciene A, Nedzelskiene I, et al. Patient safety culture in obstetrics and gynecology and neonatology units: the nurses' and the midwives' opinion. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 28];32(19):3244-50. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/14767058.2018.1461831>
17. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Int J Surg* [Internet]. 2014 [acesso 2023 Jan 28];12(12):1500–24. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
18. Famolaro T, Dyer N, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L, et al. Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsreport.pdf>
19. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
20. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Set 13];27(2):111–22. Disponível em: <http://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
21. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. Rockville: Agency of Healthcare Research in Quality; 2004 [acesso 2021 Set 13]. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User guide HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf)
22. Fay MP, Malinovsky Y. Confidence intervals of the Mann-Whitney parameter that are compatible with the Wilcoxon-Mann-Whitney test. *Stat Med* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Nov 30];37(27):3991-4006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/sim.7890>
23. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 8th ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
24. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk: IBM Corp. 2021
25. Rodríguez-García MC, Martos-López IM, Casas-López G, Márquez-Hernández VV, Aguilera-Manrique G, Gutiérrez-Puertas L. Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. *Women Birth* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 11];36(1):e10-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.002>
26. Rönnerhag M, Severinsson E, Haruna M, Berggren I. A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Mar 1];75(3):585–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13864>
27. Silva PL, Gouveia MTO, Magalhães RLB, Borges BVS, Rocha RC, Guimarães TMM. Patient safety culture from the perspective of the nursing team in a public maternity hospital. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 11];(60):440–51. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/en_1695-6141-eg-19-60-427.pdf
28. Thumm EB, Flynn L. The Five Attributes of a Supportive Midwifery Practice Climate: A Review of the Literature. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Maio 23];63(1):90-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12707>
29. Rickard F, Lu F, Gustafsson L, MacArthur C, Cummins C, Coker I, et al. Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Dez 1];22(1):784. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>

30. Ederer C, König-Bachmann M, Romano I, Knobloch R, Zenzmaier C. Midwives' perception of patient safety culture - A qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 23];71:33–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.020>
31. Gallen A, Kodate N, Casey D. How do nurses and midwives perceive their preparedness for quality improvement and patient safety in practice? A cross-sectional national study in Ireland. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 1];76:125–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.025>
32. Liberati EG, Tarrant C, Willars J, Draycott T, Winter C, Kuberska K, et al. Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jun 1];30(6):444–56. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010988>
33. Sanchis DZ, Haddad M do CFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 11];73(5):e20190174. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
34. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, dos Reis GAX, Souza VS, Marcon SS. Patient safety culture from the perspective of nursing professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Maio 20];30:e20200219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0219>
35. Wright EM, Matthai MT, Budhathoki C. Midwifery Professional Stress and Its Sources: A Mixed-Methods Study. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 23];63(6):660–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12869>
36. Bruno P. Segurança do doente e o direito. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021. p.97–106.
37. Amiri A. Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: Evidence from obstetric trauma in OECD countries. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Dez 1];56:151343. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>
38. Catling C, Rossiter C. Midwifery workplace culture in Australia: A national survey of midwives. *Women Birth* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Set 1];33(5):464–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.008>
39. Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the hospital survey on patient safety culture. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 20];137(3):216–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>
40. Schmiedhofer M, Derksen C, Keller FM, Dietl JE, Häussler F, Strametz R, et al. Barriers and facilitators of safe communication in obstetrics: Results from qualitative interviews with physicians, midwives and nurses. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 12];18(3):915. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18030915>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - Cultura de segurança do doente - que será apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Brás, CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

Coleta de dados: Brás CPC.

Análise e interpretação dos dados: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

Discussão dos resultados: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MC, Ferreira MMC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

Revisão e aprovação final da versão final: Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a todos os enfermeiros obstetras pela participação neste estudo.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pela comissão de ética integrada na unidade de inovação e desenvolvimento – centro de ensaios clínicos e pelo conselho de administração do centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal, parecer nº 8742/2017.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Manuela Beatriz Velho, Maria Lúcia dos Reis Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 20 de dezembro de 2022.

Aprovado: 06 de abril de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cláudia Patrícia da Costa Brás

claudiabras@esenfc.pt

3.3. Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing (Artigo 3)

Brás, C.P., Figueiredo, M.C., Ferreira, M.M. Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing. Journal of Nursing Measurement (Artigo aceite para publicação), article ID JNM-2023-0024)



Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing

Journal:	Journal of Nursing Measurement
Manuscript ID	JNM-2023-0024
Manuscript Type:	Original Study
Keywords:	Hospital < CARE SETTING, Factor Analysis < MEASUREMENT/STATISTICAL METHODS, Instrument Development < MEASUREMENT/STATISTICAL METHODS, International < Statistics
Abstract:	Background and Purpose: An absence of specific and precise instruments that measure the construct of intrapersonal and interpersonal communication in nursing was verified. This study aimed to construct and validate the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing. Methods: Psychometric study conducted in a sample of 360 nurses from a hospital and university centre in the central region of Portugal. Reliability was assessed through internal consistency and construct validity through exploratory and confirmatory factor analysis. Results: Four factors were decided upon: "Self-efficacy", "Empathy", "Assertiveness", and "Self-knowledge". Good internal consistency was obtained with Cronbach's alpha and adequate quality of adjustment indexes for the model. Conclusions: The key global indicators of the model's adjustment and reliability analysis express their quality for Portuguese population.

Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing

Abstract

Background and Purpose: An absence of specific and precise instruments that measure the construct of intrapersonal and interpersonal communication in nursing was verified. This study aimed to construct and validate the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing. Methods: Psychometric study conducted in a sample of 360 nurses from a hospital and university centre in the central region of Portugal. Reliability was assessed through internal consistency and construct validity through exploratory and confirmatory factor analysis. Results: Four factors were decided upon: "Self-efficacy", "Empathy", "Assertiveness", and "Self-knowledge". Good internal consistency was obtained with Cronbach's alpha and adequate quality of adjustment indexes for the model. Conclusions: The key global indicators of the model's adjustment and reliability analysis express their quality for Portuguese population.

Keywords: Communication; Nursing; Psychometrics, Validation Study; Factor Analysis

INTRODUCTION

Communication is an activity intrinsic to human behaviour and is a vital need for interaction between people. This capacity for interaction and communication is what best characterizes nursing care; however, it requires knowledge and competence, and should

not be a process of information transmission but rather a process of communicative interaction.

Effective communication during care delivery reduces errors, fosters the quality of interventions, and promotes the health and well-being of patients and families (Pimenta et al., 2020; Sequeira, 2016). However, some studies indicate poor, or fragmented, communication between nurses and patients (Lotfi et al., 2019; Pimenta et al., 2020), with most complaints in healthcare focusing on communication failures (Afriyie, 2020; Pereira et al., 2019). Nurses tend not to prioritize patient dialogue and listening, which they consider demanding and exhausting, focusing on routine work and practical tasks (Bullington et al., 2019).

The evaluation of communication skills generally requires using appropriate measurement instruments for self-assessment to provide reliable and consistent data that enable nurses to identify weaknesses in their communication process and make changes in their practices to improve the quality of their interventions.

In this sense, this study aimed to construct and validate the intrapersonal and interpersonal communication scale in nursing (SIICN).

BACKGROUND AND CONCEPTUAL FRAMEWORK

Communication skills are not necessarily innate to human beings; they must be taught, trained, validated, and assessed to promote effective nurse–patient communication (Prado-Gascó et al., 2019). As this is a complex skill, it requires the use of multiple instruments, which enable the assessment of the various levels of communication, particularly intrapersonal and interpersonal communication. These two levels of communication recommend that health professionals manage their own emotions and

uncertainty, evaluate their prejudices, and understand that intrapersonal communication, considered a form of introspection, cannot be dissociated from the communication established with the other (Sequeira, 2016).

Interpersonal communication is a fundamental pillar in caregiving, advocating empathic understanding, warmth, and assertiveness (Larsen et al., 2021), influencing patient satisfaction and health status, treatment compliance, and pain control (Kirca & Bademli, 2019; Pereira et al., 2019; Rojas Santibáñez et al., 2021).

Rogers' theory holds that a person can communicate more effectively with others if they establish a positive and healthy internal conversation with themselves (Rogers, 2010). Imogene King, a nursing theorist, stated that individuals are international open systems, wrapped in a personal, interpersonal, and social system in order to ensure balance and health of the individual (Killeen & King, 2007)

Intrapersonal communication involves an individual's communication with themselves and their understanding of their own feelings, beliefs, and aspirations (Littlejohn & Foss, 2011). These intrapersonal conversations influence self-esteem, self-confidence, and interpersonal communication behaviours (Rogers, 2010). It is through intrapersonal communication that individuals know themselves, value themselves, believe in their abilities, and seek interaction with others (Sequeira, 2016). The individual's belief in their own capacities, which Bandura calls self-efficacy, allows them to exercise control over life events, deal with obstacles, and seek challenges (Bandura, 1977). A sense of self-efficacy in coping with workplace challenges and difficult interpersonal relationships was found to be favourable against exhaustion in Canadian nurses (Fida et al., 2018).

For a satisfactory interpersonal relationship, it is fundamental that nurses are aware of their own needs and develop a process of self-knowledge, to be able to interact with others in the care process (Peplau, 1997).

Our literature review identified scales of interpersonal communication validated in the population of nursing students (Klakovich & Cruz, 2006; Lopes et al., 2013; Puggina & Silva, 2014; Rubin & Martin, 1994), which could be used for this study. However none of these scales was subjected to confirmatory factor analysis, i.e., there was no statistical confirmation process to confirm the stability of the internal structure of the scales.

The Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS) (Leal-Costa et al., 2016), validated in a sample of health professionals (physicians, nurses, and nursing assistants), provides information on four dimensions: empathy, informative communication, respect, and authenticity, and has demonstrated adequate psychometric properties in health professionals. However, it does not include items related to the construct of intrapersonal communication, as recommended by the Health Professions Core Communication Curriculum (HPCCC), which was developed by a group of international and multi-professional experts in communication from the European Association for Communication in Health Care (EACH). The HPCCC indicates some teaching-learning objectives related to communication and reflection with oneself and the need for more consistent development of self-reflection (Bachmann et al., 2013). These learning objectives can be "adapted as a whole or partially for communication assessment according to institutional needs and specificities"(Loureiro et al., 2015, p. 493)

Considering that intrapersonal and interpersonal communication cannot be dissociated (Sequeira, 2016), we believe there is a gap in the scales analysed. Thus, developing a valid and reliable intrapersonal and interpersonal communication skills

assessment tool is clearly crucial. The lack of instruments to measure the abovementioned construct led us to develop an instrument that will allow obtaining data on intrapersonal and interpersonal communication skills, which will support training interventions to improve communication skills and thus enhance the excellence of nursing care.

METHODS

Study design, Setting, and Sample

This is a psychometric study with nurses from a hospital and university centre in central Portugal. The research took place from September 2018 to May 2019. The COSMIN (consensus-based standards for the selection of health measurement instruments) protocol was used for the research design, in accordance with the EQUATOR network (Mokkink et al., 2019).

As inclusion criteria, all nurses who provided direct care to users at the hospital and university centre in the central region of Portugal were considered. The exclusion criteria established were: being temporarily absent from the service during the data collection period, whether due to a medical certificate, vacation leave, or other leave.

The sample of this study is non-probabilistic for convenience, consisting of 360 nurses. The sample size calculation was performed considering the criteria for carrying out the factor analysis, using a ratio of 10:1 (number of respondents for each item of the questionnaire), to obtain stable factor solutions (Hill, 2016).

Study protocol

The construction of the instrument was designed according to the instrument design model suggested by Pasquali (Pasquali, 2009), based on 3 stages: (i) theoretical; (ii) empirical, and (iii) analytical.

For the development of the instrument, an exhaustive review of the available literature was conducted using different theorists related to communication and the teaching-learning objectives identified in the Health Professions Core Communication Curriculum (HPCCC), allowing for the definition of representative items of the construct under study. In the initial phase, the items that measure the construct under study were defined, resulting in a version composed of 31 items, which is an adequate number considering Pasquali's (Pasquali, 2010) proposal for the representation of a construct. The items were organized in a five-point Likert-type scale format (never, rarely, sometimes, often, always) to assess the theoretical dimensions of intra- and interpersonal communication, with higher values revealing better intrapersonal and interpersonal communication skills.

Then, we proceeded to content validity using two procedures: judges' analysis and semantic analysis. The panel of four judges was formed, composed of experts in the area of communication, a number above that recommended by Pasquali (Pasquali, 2010) for the evaluation of the items regarding the equivalence and agreement of the answers. These judges analysed the clarity of language, practical relevance, and theoretical relevance of the items (Supo, 2013), assigning them values from 1 to 5, having previously defined as a criterion to incorporate the items with agreement between judges above 80%(Polit & Beck, 2019).

The values assigned by the judges in each assessment were obtained through the content validity coefficient (CVC), which was between 0.91 and 0.99, and 0.94 overall. The validity ratio coefficient was determined using the Lawshe model adjusted by Tristan (Tristán-López, 2008) for quantitative verification of content validity, given that the number of panelists is less than 5. The minimum acceptable value for the adjusted validity ratio was 0.582. In this study, we found that all items in the different dimensions were approved, except item 3, in the dimension practical relevance (PP=0.5). However, the value close to the minimum acceptable for practical relevance and adequate values in the other two dimensions allowed us to include this item for the final scale.

Finally, in order to analyze the understanding and applicability of the thirty-one items, a pre-test was conducted with seventeen clinical practice nurses, predominantly female, aged between 35 and 58 years, with a Bachelor's degree in Nursing, with an average of 23 years of professional experience, and with an average of 19 years of professional experience in a unit of the hospital and university center in the central region of Portugal where the study was conducted.

The semantic analysis involved the understanding of the items by a number of nurses, for whom the assessment instrument was intended (Pasquali, 2010). The nurses analysed the items regarding their clarity and applicability, being able to record their suggestions in the questionnaire itself. For example, there was a suggestion to change item 5, improving its simplicity by changing from "I have the ability to talk" to "I am able to talk" and improving the specificity of item 7 by changing from "I tell people how close I feel to them" to "I show patients and professionals how close I feel to them". All suggestions were incorporated into the final version of the scale.

The data collection instrument integrated the final version of the scale with 31 items and an ad hoc questionnaire that allowed for sociodemographic characterization.

We applied the instrument to a sample of 360 nurses who agreed to participate in the study, emphasizing that these nurses did not participate in the previous stages of the study. The questionnaires were delivered in paper format to the nurses with a request for informed consent, reinforcing the anonymous and confidential nature of the information processing.

Data analysis

Data analysis was performed using the software IBM® SPSS® Statistics for Windows, version 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA), and the AMOS® 27 software (Analysis of Moment Structures)(Arbuckle, 2014).

Reliability studies configured the determination of item internal consistency or homogeneity through Pearson's correlation coefficient (correlations greater than 0.20), determination of Cronbach's alpha coefficient, considering values greater than 0.80 as good internal consistency (Marôco, 2021b; Taber, 2018).

An exploratory factor analysis (EFA) was applied to extract common factors from item interpretation. EFA applicability was verified through: (i) the Kaiser-Mayer-Olkin coefficient ($KMO > 0.7$) (Kaiser & Rice, 1974); (ii) Bartlett's sphericity test ($p < 0.05$); and (iii) the main diagonal values of the anti-image matrix of correlations with a measure of sample adequacy greater than 0.5 (Hair et al., 2019).

The principal components (PC) method was used to reduce the original items to a lower number of common factors based on three aspects: Kaiser criterion (eigenvalues greater than 1); scree plot criterion; and total extracted variance (50% is the minimum acceptable value). The process of interpreting the extracted factors was optimized using orthogonal rotation (Varimax) of the axes.

In each factor, items with non-significant factor weights (<0.40)(Hair et al., 2019) or with considerable factor weights (> 0.40) in more than one factor (complex variables) were excluded from the analysis. After excluding these items, the principal components factor analysis was repeated under the remaining items (Marôco, 2021b).

In the confirmatory factor analysis (CFA), the model was estimated using the maximum likelihood method, previously assessing the assumptions of normality through the coefficients of asymmetry ($Sk \leq 3$), kurtosis ($Ku \leq 7$) and Mardia's multivariate coefficient (< 5)(Kline, 2016). Overall Goodness of Fit Indexes were taken into account, such as the ratio between chi-square and degrees of freedom (χ^2/df), considering a good adjustment, values lower than 2-3, acceptable, if lower than 5, and unacceptable, if higher than 5(Wheaton, 1987).

Goodness of Fit Index (GFI) and Comparative Fit Index (CFI) values equal to 1 are indicators of a model with perfect fit to the data; values greater than 0.95 indicate an optimal fit; values between 0.90 and 0.95 point to a good fit; and values below 0.9 indicate a poor fit (Tanaka & Huba, 1985). However, we can consider values between 0.8 and 0.9 as indicating a model with a poor fit to the data (Marôco, 2021a). Regarding the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), optimal adjustments are considered when values are considered lower than 0.05, good, for values between 0.05 and 0.08, and unacceptable, for values greater than 0, 08(Browne & Cudeck, 1992). A 90% confidence interval (CI) is calculated for the RMSEA, considering that an upper limit of 90% CI of less than 0.1 is indicative of a good fit(Marôco, 2021a). Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) values are considered good when less than 0.08, considering a perfect fit when root mean (RMR)=0(Hu & Bentler, 1999). In the model adjustment, modification indices greater than 11, as proposed by AMOS, were considered(Arbuckle, 2014).

The local adjustment quality was carried out through factorial weights (λ) greater than 0.50, which may be relaxed to 0.40 in exploratory psychometric studies, due to individual item reliability (r^2) with coefficients equal to or greater than 0.25 and the composite reliability (CR), which considers good internal consistency factors with values above 0.70 (Hair et al., 2019; Marôco, 2021a). One of the conditions for considering the existence of a higher-order hierarchical factor is the existence of strong correlations (correlation values close to 1) with statistical significance between first-order factors, the existence of at least three first-order factors, and a conceptual support that supports the existence of the factors (Bollen, 1989).

Convergent validity was assessed by average variance extracted (AVE), discriminant validity by comparing AVE with Pearson's correlation square, and construct reliability assessed by CR. Reference values were considered to be $AVE > 0.5$, $CR \geq 0.7$, and existence of discriminant validity when the squared correlation between the factors is lower than the AVE for each factor (Kline, 2016; Marôco, 2021a).

Ethical Considerations

The study was conducted in accordance with international ethics guidelines and approved by the ethics committee integrated in the innovation and development unit –clinical trials centre and by the board of directors of the hospital and university centre in the central region of Portugal, obtaining formal authorization for study continuation. Carrying out the study safeguarded, throughout the process, the ethical and deontological principles enshrined in the Declaration of Helsinki and in the Portuguese legislation in force that governs research with human beings (Decree Law 80/2018). Free and informed consent was obtained from all participants involved in the study, and was expressed in writing.

RESULTS

Description of Samples

The sample under study consists mostly of female nurses (82.8%), with an average age of 42 years. Most nurses were married or living in a stable relationship (63.6%). Most (78.6%) of the nurses held a degree in nursing as academic qualifications, and 38.3% as a specialist nurse. On average, the nurses had 19 years of professional experience. Of the participants, 5.3% participated in training courses on communication techniques and communication in health teams. Of those, 57.9% were trained in patient communication techniques, and 26.3% were trained in communication between health care teams.

Analysis of the Psychometric Properties of the Scale of Intrapersonal and Interpersonal Communication in Nursing

The scale was analysed regarding its overall reliability, as shown in Table 1. The corrected item-total correlation coefficients showed correlational indices below 0.20 in six items, so they were excluded. Analysing the Cronbach's alpha coefficients per item, we found that they are above 0.8, with an overall alpha of 0.865 after the elimination of the six items (Marôco, 2021b; Taber, 2018). The mean values and standard deviations of the different items, on the whole, were well-centred, being above the expected mean index.

TABLE 1. Internal Consistency of the Items of the Scale of Intrapersonal and Interpersonal Communication in Nursing (n=360)

Item no.	Items	M* ($\pm$ DP ^{**})	r/item total	α^{***} without item 1 st assessment	α^{***} without item 2 nd assessment
1	I reveal how I feel to others	3,26($\pm$ 0.81)	0,329	0,839	0,863
2	I am nice to other people	4,22($\pm$ 0.60)	0,497	0,835	0,859
3	I allow others to see who I really am	3,83($\pm$ 0.82)	0,479	0,834	0,858
4	I am open and express my opinions	4,12($\pm$ 0.66)	0,462	0,836	0,859
5	I demonstrate to patients and professionals how close I feel to them	3,71($\pm$ 0.79)	0,372	0,838	0,861
6	I find the right words to express myself	3,68($\pm$ 0.60)	0,484	0,836	0,859
7	I am able to converse and build positive relationships	4,03($\pm$ 0.53)	0,586	0,834	0,857
8	I admit that the quality of my work depends on my ability to communicate with others	4,04($\pm$ 0.67)	0,513	0,834	0,858
9r	I recognize that I do not always use the appropriate communication for each situation	3,24($\pm$ 0.87)	0,079	0,848	---
10	I can persuade others of my opinion	3,07($\pm$ 0.71)	0,185	0,843	---
11	I am satisfied with the relationship I have with others	3,88($\pm$ 0.61)	0,498	0,835	0,859
12	I stand up for my rights	3,81($\pm$ 0.71)	0,432	0,836	0,861
13r	I have difficulty defending myself	3,36($\pm$ 0.84)	0,208	0,844	---
14r	I listen to others according to how I feel at the moment	2,97($\pm$ 0.85)	0,081	0,848	---
15	I orient my behavior by norms and values that I believe in	4,18($\pm$ 0.76)	0,372	0,838	0,862
16	I possess physical, social, and spiritual characteristics that help me to become aware of my limitations and weaknesses	3,97($\pm$ 0.68)	0,519	0,834	0,858
17	I can evaluate my social stereotypes and prejudices	3,88($\pm$ 0.65)	0,529	0,834	0,858
18	I recognize that my actions are influenced by personal experience, current situation, knowledge, and self-interest	3,80($\pm$ 0.85)	0,221	0,843	0,867

Item no.	Items	M* ($\pm$ DP ^{**})	r/item total	α^{***} without item 1 st assessment	α^{***} without item 2 nd assessment
19	I find that the quality of the work I do depends on the knowledge I have of myself.	3,74($\pm$ 0.79)	0,337	0,839	0,863
20	I recognize that there are people who generate emotional tension	3,89($\pm$ 0.66)	0,174	0,843	---
21	I recognize the proximity signs of emotional reactions (e.g. breathing, facial flushing, heartbeat)	3,85($\pm$ 0.66)	0,426	0,837	0,860
22	I feel prepared to manage conflict	3,55($\pm$ 0.71)	0,474	0,835	0,859
23	I can have self-control in situations with which I am confronted	3,68($\pm$ 0.64)	0,484	0,835	0,859
24	I take control of situations in which I am involved in a responsible manner, negotiating alternatives	3,86($\pm$ 0.67)	0,516	0,834	0,858
25	I provide moments of discussion between teams using strategies such as: group discussion meetings under the guidance of a facilitator, spaces for peer reflection, team conferences	3,04($\pm$ 0.88)	0,287	0,841	0,866
26	I reflect on concepts of health/disease in different cultures and on different approaches to solving ethical challenges	3,48($\pm$ 0.73)	0,422	0,836	0,861
27	I refrain from assigning blame	3,68($\pm$ 0.75)	0,373	0,838	0,862
28	I identify my mistakes and seek solutions to correct them	4,12($\pm$ 0.64)	0,516	0,834	0,858
29r	I neglect patient information and needs.	4,21($\pm$ 0.93)	0,229	0,844	0,869
30	I take responsibility for my actions	4,63($\pm$ 0.58)	0,416	0,837	0,861
31	I recognize my professional insecurity	3,28($\pm$ 1.05)	0,103	0,850	---

* M-mean; **SD- standard deviation; *** α -alfa of cronbach

The factor analysis applicability was verified using the Kaiser-Mayer-Olkin coefficients (KMO = 0.864), which allows us to classify it as good (Kaiser & Rice, 1974), the Bartlett's sphericity test ($p < 0.05$), and the values of the main diagonal of the anti-image

matrix of correlations with measures of sampling adequacy greater than 0.5, which allows proceeding with the factor analysis (Marôco, 2021b).

The initial factorial solution presented a structure with 7 factors that together explained 59.33% of the total variance. The proportion of the variance of each variable explained by the factors (commonality) is within the reference values (0.40) when they oscillate between 0.449 and 0.724 (Hair et al., 2019). However, the scree plots graph configured the existence of four factors, so a new factorial analysis was carried out, forcing four factors.

All factors have factor loadings in items greater than 0.40, except item 21, so this item was excluded and a new extraction was performed. The final factorial solution explained 46.7% of the total variance after rotation. Factor 1 was called “Self-efficacy” and explained 26,16% of the total variance, consisting of items 22, 23, 24, 25, 26, and 27. Factor 2, “Empathy”, comprises items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, and 11 and explained 8.19% of the total variance. Factor 3, called “Assertiveness, ” consists of items 12, 28, 29, and 30, which explained 6.52% of the total variance. Factor 4, “Self-Knowledge”, explained 5.86% of the total variance, and consisted of items 15, 16, 17, 18, and 19, as shown in Table 2.

TABLE 2. Principal component matrix after varimax rotation of the 24 items (n=360)

Items	Factors				h ₂ [*] initials
	1	2	3	4	
22	0.71				0.64
23	0.66				0.72
24	0.65				0.66
25	0.63				0.63

Items	Factors				h ₂ * initials
	1	2	3	4	
26	0.62				0.68
27	0.41				0.56
5		0.71			0.53
3		0.69			0.66
1		0.63			0.63
4		0.56			0.57
6		0.51			0.56
2		0.51			0.48
7		0.49			0.59
11		0.43			0.61
8		0.43			0.63
29r			0.78		0.67
28			0.68		0.58
30			0.68		0.60
12			0.41		0.52
18				0.74	0.59
19				0.67	0.53
16				0.63	0.63
15				0.60	0.48
17				0.51	0.63

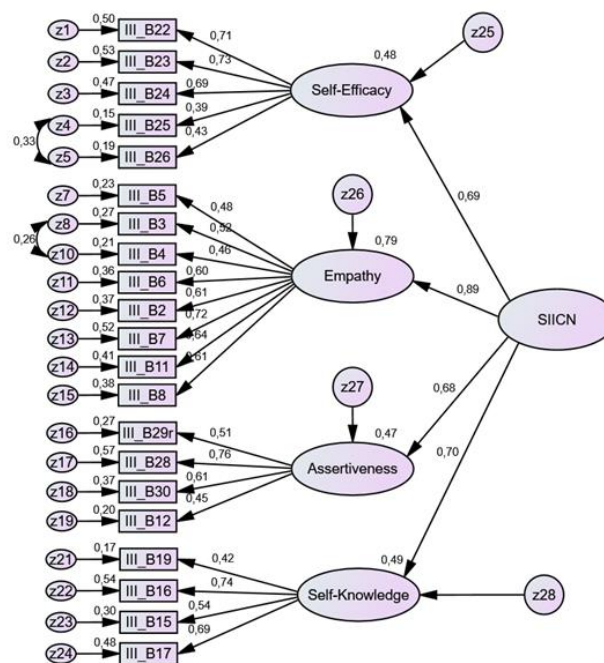
*h₂- Communalities

The tetra-factor solution of this scale was tested to confirm whether the factors are responsible for the behavior of specific manifest variables. After analyzing the sensitivity of the items, it was observed that, in general, skewness and kurtosis values did not compromise the confirmatory factor analysis (Kline, 2016) as in absolute values, they range between 0.01 and 1.64 for skewness and between 0.03 and 4.00 for kurtosis. The multivariate coefficient of Mardia was 3.72. All these values fell short of the reference values. The critical path ratios between the latent and manifest variables were statistically significant, leading to the items' maintenance.

The four-factor model contained the 24 items distributed by the corresponding factors, as well as the respective factor weights and their individual reliability. Item IIIB27 of factor 1 had saturations and individual reliability lower than recommended, which is why it will be eliminated. The overall adjustment quality of the first model was adequate for the χ^2 / gl ratio=2.58, for the RMR=0.04, SRMR= 0.07 and RMSEA=0.07 and poor for the GFI=0.87, CFI=0.83. We proceeded to refine the model through the modification indices (MI), considering that $MI > 11$ ($p < 0.001$), indicating local adjustment problems (Marôco, 2021b). After evaluating the theoretical plausibility of the modifications, we correlated the measurement errors that led to improved measurement adjustment.

Given that most factors were positively and significantly correlated with a percentage of variance explained between factors higher than 50%, we suggest the existence of a hierarchical structure with a 2nd order factor designated as the scale of intrapersonal and interpersonal communication in Nursing (SIICN). The global goodness of fit indexes improved as the model was refined, and the following values were obtained for the second-order model: χ^2 / gl =2.21, RMR=0.03, SRMR=0.06, RMSEA=0.06, GFI=0.90, and CFI=0.89.

In the model obtained (Figure 1), it can be seen that the highest correlational intensity of the Intrapersonal and Interpersonal Communication Scale is found with the Empathy dimension ($r=0.89$; $p < 0.01$) followed by the Self-Knowledge dimension ($r=0.70$; $p < 0.01$), Self-Efficacy ($r=0.69$; $p < 0.01$), and Assertiveness ($r=0.68$; $p < 0.01$).



SIICN - Scale of Intrapersonal and Interpersonal Communication in Nursing

Figure 1. 2nd order model (n=360)

The composite reliability (CF) of the factors was adequate, being 0.7 for Self-efficacy, 0.8 for Empathy, and 0.7 for Self-knowledge and Assertiveness. Convergent validity, obtained through VEM, was not confirmed, since all factors showed indices lower than 0.5. The discriminant validity of the factors was assessed by comparing the VEM with the squares of the correlations between the factors. Discriminant validity is only evident between the factors $F1_{\text{Self-efficacy}}$ vs $F4_{\text{Self-knowledge}} = 0.230$, between $F1_{\text{Self-efficacy}}$ vs $F3_{\text{Assertiveness}} = 0.160$ and between $F3_{\text{Assertiveness}}$ vs $F4_{\text{Self-knowledge}} = 0.324$ (Marôco, 2021a).

The study of this scale was concluded with Pearson's correlation, and it was found that all correlations were positive and statistically significant ($p < 0.01$), with all factors

being strongly associated with its overall dimension (2nd order factor). On the other hand, it was found that the factors were significantly associated with each other in a reasonable to moderate way, with values varying between $r=0.24$ and $r=0.49$. We highlight the relationship of F2_{Empathy} with F1_{Self-efficacy} with $r(358)=0,49$; $p<0,01$ and the relationship of F2_{Empathy} with F4_{Self-knowledge} $r(358)=0,44$; $p<0,01$.

DISCUSSION

The present study aimed to construct and validate the SIICN, which allows nurses to reflect on their communication practices and thus contribute to improving the provision of nursing care.

The SIICN showed an adequate CVC by the panel of judges, was reliable and easily understood by nurses in clinical practice, and presented overall good indicators of reliability and validity, as verified by the results obtained.

The sample with 360 participants showed a ratio of 11.61 respondents per item, above the recommended (Hair et al., 2019; Hill, 2016), which gives robustness to the results obtained. An overall Cronbach's alpha coefficient of 0.865 rated as adequate was verified (Kline, 2016; Taber, 2018). The KMO of 0.864 and Bartlett's test of sphericity with a statistically significant probability ($p=0.000$), were indicative to proceed with the exploratory factor analysis (Gärtner et al., 2018; Kaiser & Rice, 1974).

The factor analysis using the principal components method, with varimax orthogonal rotation and eigenvalues greater than 1, explained 46.7% of the total variance, involving a theoretically acceptable number of factors, constituting the best solution regarding the interpretation and meaning of the dimensions (Cunha et al., 2016).

The items gathered by the EFA were grouped into 4 factors, which were named: "Self-efficacy", "Empathy", "Assertiveness", and "Self-knowledge". This tetra-factor structure was submitted to confirmatory factor analysis, leading to the elimination of some items after the model re-specification, for presenting multicollinearity problems and saturations lower than 0.40 (Marôco, 2021a). The final second-order model revealed adequate goodness of fit and composite reliability indices (Marôco, 2021a). The empathy factor was also a dimension that stood out in one of the instruments assessing communication skills, with an internal consistency greater than 0.7 (Juliá-Sanchis et al., 2020).

The scale, initially composed of 31 items, was reduced to 21 items organised into four factors after the factor analyses and proved to be capable of assessing the levels of intrapersonal and interpersonal communication in Nursing. These results are in line with what is mentioned by Pasquali, who argues that statistical analyses decide the items to be retained, and statistics inevitably end up overlapping psychological theory (Pasquali, 2010).

Dimensions such as self-efficacy and self-knowledge emerged from this instrument, referring to the domain of intrapersonal communication, while the dimensions of empathy and assertiveness direct us to a domain of interpersonal communication. However, all dimensions are interconnected and enhance each other in the communication process.

The study of the psychometric characteristics of the SIICN allows stating that it is a robust instrument and certifies the quality and theoretical relevance of each of the items included in its four dimensions. This scale is a valid resource for the Portuguese population to assess intrapersonal and interpersonal communication skills.

Although this instrument presented adequate values for its validation, we consider the fact that we used a non-probabilistic sampling process as the study's main limitation, thus not guaranteeing the representativeness of the population. We suggest that further studies be carried out at a national level with the replication of the scale, obtaining even better model adjustment indexes. Furthermore, in order to evaluate the communication skills more accurately, we recommend adding multiple sources in addition to the professional's evaluation: evaluation by colleagues, evaluation by the patient him/herself, and direct observation, for more sustained results.

RELEVANCE TO NURSING PRACTICE, EDUCATION, AND RESEARCH

This multidimensional assessment tool will provide data on intrapersonal and interpersonal communication skills, allowing nurses to reflect on their clinical practice to improve communication skills with patients and in teams and move towards excellence of care.

In clinical practice, nurses need continuous learning and renewal of their own body of knowledge, and researchers can play a facilitating role in this process by replicating this instrument in healthcare institutions to assess communication skills. This will allow us to identify weak areas in the context of communication skills and develop effective interventions to promote effective communication, particularly skills training in the context of in-service training in health institutions. It is also pertinent to discuss the dimensions of the levels of communication and present the results of the studies related to this instrument in the syllabuses of Nursing undergraduate courses, Master's courses, and graduate nursing courses, in order to improve the student's knowledge, attitudes, and

communication skills, making them aware of a primordial theme in the essence of Nursing care, so that they take responsibility for the evaluation of their own skills.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank all nurses for their participation in this study, as well as the representatives of the Hospital and University Centre in Portugal for allowing the study.

REFERENCES

- Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients: An evolutionary concept analysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438–445. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.9.438>
- Arbuckle, J. L. (2014). *Amos (Version 27.0) [Computer Program]*. Chicago: IBM SPSS.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>

- Bullington, J., Söderlund, M., Bos Sparén, E., Kneck, Å., Omérov, P., & Cronqvist, A. (2019). Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*, 39(June), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.011>
- Cunha, C. M., Almeida Neto, O. P., & Stackfleth, R. (2016). Main Psychometric Evaluation Methods of the Validity of Measuring Instruments. *Revista de Atenção à Saúde*, 14(47), 75–83. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol14n47.3391>
- Fida, A., Ghaffar, A., Zaman, A., & Satti, A. N. (2018). Gender Comparison of Emotional Intelligence of University Students. *Journal of Education and Educational Development*, 5(1), 172–188. <https://doi.org/DOI:10.22555/joeed.v5i1.2046>
- Gärtner, F. R., Bomhof-Roordink, H., Smith, I. P., Scholl, I., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2018). The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. In *PLoS ONE* (Vol. 13, Issue 2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191747>
- Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage.
- Hill, M. Magalhães. (2016). *Investigação por questionário* (2ª edição). Edições Sílabo.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Juliá-Sanchis, R., Cabañero-Martínez, M. J., Leal-Costa, C., Fernández-Alcántara, M., & Escribano, S. (2020). Psychometric properties of the health professionals communication skills scale in university students of health sciences. *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1–11.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17207565>
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark Iv. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111–117. <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>
- Killeen, M. B., & King, I. M. (2007). Viewpoint: Use of King’s Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(2), 51–57.
- Kirca, N., & Bademli, K. (2019). Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 624–631.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12381>
- Klakovich, M. D., & Cruz, F. A. dela. (2006). Validating the interpersonal communication assessment scale. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 60–67.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.12.005>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). New York : The Guilford Press.
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 310–317.
<https://doi.org/10.1177/1043659620920693>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & vander-Hofstadt-Román, C. J. (2016). Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>

- Littlejohn, S. W., & Foss, K. A. (2011). *Theories of Human Communication* (10th ed.). Waveland Press, Inc.
- Lopes, R. C. C., Azeredo, Z. de A. S., & Rodrigues, R. M. C. (2013). Interpersonal communication assessment scale: Psychometric study of the portuguese version. *Journal of Professional Nursing*, 29(1), 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.010>
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- Loureiro, E., Cavaco, A. M., & Ferreira, M. A. (2015). Competências de Comunicação Clínica: Objetivos de Ensino-Aprendizagem para um Currículo Nuclear nas Áreas da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 491–495. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
- Marôco, J. (2021a). *Análise de equações estruturais : fundamentos teóricos, software & aplicações* (3ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2021b). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Patrick, D., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2019). *COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments*. Department of Epidemiology and Biostatistics-Public Health Research Institute Amsterdam University. https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (Esp), 992–999. <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40416/43399>

- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas* (1ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pereira, B. C., De Freitas, L. A., Gonçalves, A. M., De Paiva Santos, R., & De Carvalho Vilela, S. (2019). Interpersonal communication and its implication in nursing. *Cultura de Los Cuidados*, 23(53), 230–238. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>
- Pimenta, C. J. L., Viana, L. R. de C., Bezerra, T. A., da Silva, C. R. R., da Costa, T. F., & Costa, K. N. de F. M. (2020). Pleasure, suffering and interpersonal communication in the work of nurses in the hospital setting. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29:e201900, 1–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0039> 1/13
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem* (9ª ed.). Artmed.
- Prado-Gascó, V. J., del Carmen Giménez-Espert, M., & Valero-Moreno, S. (2019). The influence of nurse education and training on communication, emotional intelligence, and empathy. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 53:e03465, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015903465>
- Puggina, A. C., & Silva, M. J. P. (2014). Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. *Acta Paul Enferm*, 27(2), 108–122.
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rojas Santibáñez, P., Guerrero Núñez, S., Arancibia Gajardo, C., & Barraza Núñez, M. (2021). Communication Skills During the Clinical Interview: Simulated Patient

- and Role Playing. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-35hcpm40035>
- Rubin, R. B., & Martin, M. M. (1994). Development of a measure of interpersonal communication competence. *Communication Research Reports*, 11(1), 33–44. <https://doi.org/10.1080/08824099409359938>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Supo, J. (2013). Cómo validar un instrumento: Aprende a crear y validar instrumentos como un experto. In *Copyright*. http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf
- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 197–201. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00834.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00834.x)
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances En Medición*, 6, 37–48. https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6._Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf

Wheaton, B. (1987). Assessment of fit in overidentified models with latent variables.

Sociological Methods and Research, 16, 118–154.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0049124187016001005>

3.4. Construção e validação da escala de comunicação interprofissional em saúde (Artigo 4)

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220483. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0483pt>



Construção e validação da escala de comunicação interprofissional em saúde

Journal:	Revista Brasileira de Enfermagem
Manuscript ID	REBEn-2022-0483.R1
Manuscript Type:	Original Article
Key Keywords in English (5 words from DECS <u>AND</u> 5 from MESH):	Comunicação, Equipe de Assistência ao Paciente, Enfermagem, Estudo de Validação, Psicometria, Communication, Patient Care Team, Nursing, Validation Study, Psychometrics

Construção e validação da Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde

Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale

Construcción y validación de la Escala de Comunicación Interprofesional en Salud

Cláudia Patrícia da Costa Brás^{I,II}

ORCID: 0000-0001-8990-1187

Manuela Maria Conceição Ferreira^{III}

ORCID: 0000-0002-8452-2222

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo^{IV,V}

ORCID: 0000-0003-0329-0325

^IInstituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.

^{II}Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
Coimbra, Portugal.

^{III}Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de
Viseu. Viseu, Portugal.

^{IV}Universidade de Huelva. Huelva, Espanha.

^VCentro de Investigações em Tecnologias e Serviços de Saúde &
Rede de Investigação em Saúde. Porto, Portugal.

Como citar este artigo:

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220483. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0483pt>

Autor Correspondente:

Cláudia Patrícia da Costa Brás
E-mail: claudiabras@esenfc.pt



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa
EDITOR ASSOCIADO: Jules Teixeira

Submissão: 23-09-2022 **Aprovação:** 20-01-2023

RESUMO

Objetivos: construir e validar a Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde. **Métodos:** o estudo psicométrico foi realizado em uma amostra com 360 enfermeiros de um centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal. A confiabilidade foi avaliada através da consistência interna e a validade do construto pela análise fatorial exploratória e confirmatória. **Resultados:** a Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde, constituída por 27 itens, está organizada em 3 fatores: "Trabalho em equipe", "Gestão de conflitos" e "Liderança", com uma variância total de 51,1%. Obtiveram-se boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,842, e índices adequados de qualidade de ajustamento do modelo. **Conclusões:** a Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde apresenta uma estrutura fatorial com resultados adequados de validade e de confiabilidade, podendo constituir-se um instrumento de autorresposta útil na avaliação da comunicação interprofissional em saúde.

Descritores: Comunicação; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem; Estudo de Validação; Psicometria.

ABSTRACT

Objectives: to construct and validate the Interprofessional Communication Scale in Health. **Methods:** a psychometric study was carried out on a sample of 360 nurses from a hospital and university center in central Portugal. Reliability was assessed through internal consistency and construct validity through exploratory and confirmatory factor analysis. **Results:** the Interprofessional Communication in Health Scale, consisting of 27 items, is organized into 3 factors: "Teamwork", "Conflict management" and "Leadership", with a total variance of 51.1%. Good internal consistency was obtained, with a Cronbach's alpha of 0.842, and adequate Goodness of Fit Index model. **Conclusions:** the Interprofessional Communication in Health Scale presents a factorial structure with adequate validity and reliability results, and may constitute a useful self-report instrument in assessing interprofessional communication in health.

Descriptors: Communication; Patient Care Team; Nursing; Validation Study; Psychometrics.

RESUMEN

Objetivos: construir y validar la Escala de Comunicación Interprofesional en Salud. **Métodos:** el estudio psicométrico se realizó sobre una muestra de 360 enfermeras de un centro hospitalario y universitario del centro de Portugal. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna y la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. **Resultados:** la Escala de Comunicación Interprofesional en Salud, compuesta por 27 ítems, se organiza en 3 factores: "Trabajo en equipo", "Gestión de conflictos" y "Liderazgo", con una varianza total del 51,1%. Se obtuvo una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,842, y adecuados índices de bondad de ajuste del modelo. **Conclusiones:** la Escala de Comunicación Interprofesional en Salud presenta una estructura factorial con resultados adecuados de validez y confiabilidad, pudiendo constituir un instrumento de autoinforme útil en la evaluación de la comunicación interprofesional en salud.

Descriptores: Comunicación; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería; Estudio de Validación; Psicometría.

INTRODUÇÃO

Os processos de comunicação no ambiente hospitalar são complexos e dinâmicos, pelo enorme fluxo de informações, pelas diferentes equipes de profissionais e inúmeras intervenções de elevada complexidade⁽¹⁾. Continuamos a assistir à sobrecarga de trabalho, pela falta de recursos humanos, ausência de padronização de condutas, inexperiência de profissionais e déficit de lideranças, fatores que podem originar falhas na comunicação e colocar em riscos os cuidados prestados aos doentes⁽²⁻⁴⁾. A persistência de práticas hierarquizadas entre diferentes profissionais, os conflitos no trabalho e as dificuldades em compreender o papel do outro não favorecem o trabalho em equipe e influenciam o modo como a comunicação interprofissional é estabelecida^(1,4-6).

Os profissionais de saúde trabalham inevitavelmente juntos, mas são formados para trabalhar separadamente, o que se constitui uma barreira para o desenvolvimento de práticas colaborativas e de efetivo trabalho em equipe⁽⁵⁾. É prememente romper com a cultura uniprofissional, com uma visão estereotipada do que é uma equipe profissional, que não se traduz automaticamente em colaboração entre os profissionais⁽⁷⁾.

Uma comunicação interprofissional efetiva favorece o cuidado contínuo, minimizando a ocorrência de erros e contribuindo para a segurança do doente⁽⁸⁾. Contudo, é fundamental que os profissionais, independentemente da categoria a qual pertencem, tomem decisões compartilhadas, construam os saberes de modo dialógico, tendo em vista a visão e missão da organização hospitalar^(2,6,9). O diálogo deve ser entendido como ferramenta para consolidar a comunicação interprofissional, que é reconhecida como a capacidade de comunicação efetiva entre pessoas, especialmente de diferentes profissões, e considerada como primordial para alcançar a prática interprofissional colaborativa em saúde^(2,10).

O trabalho em equipe, a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa são domínios essenciais para que se promova uma colaboração interprofissional eficaz⁽¹⁰⁾. Nesta perspectiva, torna-se relevante investir em modelos formativos em saúde propostos pela Organização Mundial da Saúde, apontando para uma aprendizagem integrada e interativa com sistemas e processos de informação estruturados, estratégias de comunicação efetivas, políticas para resolução de conflitos e diálogos frequentes entre as equipes^(5,11-12), onde as diferenças de opinião deverão ser assumidas como interações construtivas⁽⁹⁾.

O papel do enfermeiro líder é essencial no desenvolvimento do trabalho em equipe, capaz de influenciar no trabalho coletivo e na interação multiprofissional, para melhores resultados em saúde⁽¹³⁾. Esse comprometimento do líder pressupõe um processo de liderança autêntica, implicando autoconhecimento sobre os seus pontos fortes, limitações, uma coerência nas suas ações, transparência no compartilhamento de informações e um papel de influenciador de outros pelo seu comportamento proativo, ético e responsável, de forma a construir um ambiente de confiança e integridade nos serviços de saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A comunicação efetiva com comportamentos assertivos na partilha de informação, um relacionamento interpessoal ancorado na colaboração, respeito e ajuda mútua, tem impacto não apenas na segurança do doente, mas também no âmbito profissional e

peçoal dos profissionais^(3,9), sendo considerada uma das metas internacionais da segurança do paciente, estabelecida pela *Joint Commission International*, em parceria com a Organização Mundial da Saúde.

As competências comunicacionais não podem ser aprimoradas apenas com a experiência clínica; elas devem ser treinadas, aperfeiçoadas, validadas, para que se promovam mudanças de atitude e de comportamento dos profissionais de saúde, com um efeito benéfico na sua autoeficácia e com o propósito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

Na revisão da literatura, não foram encontrados instrumentos que permitissem efetuar uma avaliação da comunicação interprofissional em saúde em alguns dos domínios de competência referenciados pela *Canadian Interprofessional Health Collaborative*. Assim, entende-se a importância de elaborar um instrumento de autopreenchimento que permitirá obter dados sobre as competências de comunicação interprofissional. Desta forma, o estudo teve como objetivo construir e validar a Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde (ECIPS).

OBJETIVOS

Construir e validar a Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde.

MÉTODOS

Aspetos éticos

O estudo foi conduzido conforme as diretrizes de ética internacionais, sendo aprovado pela comissão de ética integrada na unidade de inovação e desenvolvimento – centro de ensaios clínicos e pelo conselho de administração do centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal, obtendo-se autorização formal para a prossecução do estudo. A realização do estudo salvaguardou, nos diferentes momentos do processo, os princípios ético-deontológicos consignados na Declaração de Helsínquia e na legislação portuguesa em vigor, que rege a investigação com seres humanos (Decreto-Lei nº 80/2018). O consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os participantes envolvidos no estudo, manifestado de forma escrita.

Desenho, período e local do estudo

Estudo psicométrico com enfermeiros de um centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal. A pesquisa decorreu no período de setembro de 2018 a maio 2019. Foi utilizado, para o desenho da pesquisa, o protocolo COSMIN (*consensus-based standards for the selection of health measurement instruments*), de acordo com o EQUATOR network⁽¹⁷⁾.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostra deste estudo é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 360 enfermeiros. O cálculo amostral foi realizado atendendo aos critérios de realização das análises fatoriais, respeitando a razão de 10:1 (número de respondentes por cada item do questionário), para obter soluções fatoriais

estáveis⁽¹⁸⁾. Como critérios de inclusão, foram considerados todos os enfermeiros que desenvolviam funções de prestação de cuidados diretos ao utente do centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal. Os critérios de exclusão estabelecidos foram exercer funções como enfermeiro gestor e estar ausente temporariamente do serviço no período de colheita de dados, por atestado médico, licença de férias ou outra licença.

Protocolo do estudo

Supportaram a construção desta escala a revisão exaustiva da literatura, os domínios de competência destacados pela *National Interprofessional Competency Framework*⁽¹⁰⁾ e os objetivos de ensino-aprendizagem identificados no *Health Professions Core Communication Curriculum* (HPCCC) da *European Association for Communication in Health Care* (EACH)⁽¹⁹⁾, que podem permitir a avaliação da comunicação clínica consoante com as necessidades e especificidades institucionais e/ou grupos profissionais.

Em uma fase inicial, foram definidos os itens que permitissem medir o construto em estudo, obtendo uma versão provisória do instrumento constituída por 40 itens. Seguidamente, procedeu-se à validade de conteúdo, usando-se, para o efeito, dois procedimentos: análise de juízes e análise semântica. O painel de juízes foi constituído por um psicometrista, dois docentes e um enfermeiro da prática clínica, peritos na área da comunicação que avaliaram a clareza da linguagem, a pertinência prática e teórica dos itens⁽²⁰⁾, tendo-se definido como critério incorporar os itens com concordância entre juízes acima de 75%⁽²¹⁾. Relativamente ao Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) por juiz, esse situou-se entre os 0,777 e os 0,883. O cálculo final do CVC com fator de polarização foi de 0,830. Determinou-se o coeficiente de razão de validade através do modelo de Lawshe ajustado por Tristan⁽²²⁾, para a verificação quantitativa da validade de conteúdo, dado que o número de painelistas é inferior a 5. O mínimo aceitável para a razão de validade ajustado é de 0,582. Neste estudo, seis dos itens foram eliminados, por apresentarem valores inferiores ao aceitável para a razão de validade em todos os critérios medidos, não verificando-se concordância inter-juízes. Verificamos também que três itens da escala apresentavam valores de 0,5 no critério de relevância teórica. Contudo, o valor próximo do mínimo aceitável para a revelância teórica, valores adequados nos outros dois critérios e a intenção de efetuar posteriormente uma análise exploratória e confirmatória nos permitiram assumir esses três itens para a escala final.

A versão de consenso ficou constituída por 34 itens, sendo submetida a um pré-teste com 17 enfermeiros da prática clínica, onde o estudo iria decorrer, por forma a analisar a compreensão, a clareza e a aplicabilidade dos itens. Todas as modificações e sugestões apresentadas foram incorporadas na versão final da escala. Foi solicitado aos participantes que respondessem a cada item em uma escala de 5 pontos, entre “nunca” (1) e “sempre” (5), pretendendo avaliar as dimensões teóricas da comunicação em equipes de saúde, sendo que valores mais elevados revelam melhores competências de comunicação interprofissional em saúde. O instrumento final, denominado de Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde (ECIPS), integrou ainda um questionário que permitiu a caracterização sociodemográfica.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados foi realizada através do programa informático IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA), e através do *software AMOS® 27 (Analysis of Moment Structures)*⁽²³⁾.

Os estudos de confiabilidade configuraram a determinação da consistência interna ou homogeneidade dos itens através do coeficiente de correlação de Pearson (correlações superiores a 0,20), determinação do coeficiente alfa de Cronbach, considerando boa consistência interna valores superiores a 0,80⁽²⁴⁾ e determinação do coeficiente ômega de McDonald, que considera valores aceitáveis de 0,70 e 0,90, e boa consistência interna, valores superiores a 0,90⁽²⁵⁾.

Para extrair fatores comuns da interpretação dos itens, foi aplicada uma análise fatorial exploratória (AFE). A aplicabilidade da AFE foi verificada através: (i) do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > 0,5$); (ii) do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$); e (iii) dos valores da diagonal principal da matriz anti-imagem das correlações com uma medida de adequação amostral superior a 0,5. Utilizou-se o método das componentes principais (CP) para a redução dos itens originais a um número inferior de fatores comuns, baseado em três aspetos: critério de Kaiser (eigenvalues superiores a 1); critério *scree plot*; e variância extraída total (50% é o valor mínimo aceitável). O processo de interpretação dos fatores extraídos foi otimizado com recurso à rotação ortogonal (Varimax) dos eixos.

Na análise fatorial confirmatória (AFC), o modelo foi estimado pelo método da máxima verosimilhança, sendo previamente avaliados os pressupostos da normalidade através dos coeficientes de assimetria ($Sk \leq 3$), curtose ($Ku \leq 7$) e pelo coeficiente multivariado de Mardia (< 5)⁽²⁶⁾. Foram levados em conta indicadores de qualidade de ajustamento global como: a razão entre qui quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf), considerando um ajustamento bom valores inferiores a 2-3, aceitáveis, se inferiores a 5, e inaceitáveis, se superiores a 5⁽²⁷⁾. Os valores de *Goodness of Fit Index* (GFI) e *Comparative Fit Index* (CFI) iguais a 1 são indicadores de um modelo com ajustamento perfeito aos dados; valores superiores a 0,95 indicam um ajustamento ótimo; valores entre 0,90 e 0,95 apontam para um ajustamento bom; e valores inferiores a 0,9 indicam um mau ajustamento⁽²⁸⁾. No entanto, podemos considerar valores entre 0,8 e 0,9 indicando um modelo com um ajustamento sofrível aos dados⁽²⁹⁾. Relativamente ao *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), consideram-se ajustamentos ótimos quando os valores são considerados inferiores a 0,05, bom, para valores entre 0,05 e 0,08, e inaceitáveis, para valores superiores a 0,08⁽³⁰⁾. Calcula-se para o RMSEA um Intervalo de Confiança (IC) de 90%, considerando que um limite superior do IC90% inferior a 0,1 é indicativo de um ajustamento bom⁽²⁹⁾. Os valores do *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) são considerados bons quando inferiores a 0,08, considerando um ajustamento perfeito quando *root mean* (RMR)=0⁽³¹⁾. No ajustamento do modelo, consignaram-se os índices de modificação superiores a 11, propostos pelo AMOS⁽²³⁾.

A qualidade do ajustamento local foi efetuada através dos pesos fatoriais (λ) superiores a 0,50, podendo flexibilizar-se para 0,40 em estudos psicométricos exploratórios, pela confiabilidade individual

dos itens (r^2) com coeficientes iguais ou superiores a 0,25 e pela confiabilidade compósita (FC), que considera boa consistência interna os fatores com valores acima de 0,70^(29,32). Uma das condições para considerarmos a existência de um fator hierárquico de ordem superior é existirem correlações fortes (valores de correlação próximos de 1) e estatisticamente significativas entre fatores de primeira ordem, a existência de pelo menos três fatores de primeira ordem e um suporte conceitual que suporte a existência dos fatores⁽³³⁾.

A validade convergente foi avaliada pela variância extraída média (VEM), a validade discriminante comparando a VEM com o quadrado da correlação de Pearson e a confiabilidade do construto avaliada pela FC. Foram considerados como valores de referência a $VEM > 0,5$, $FC \geq 0,7$ e existência de validade discriminante, quando a correlação ao quadrado entre os fatores é menor que a VEM para cada fator^(26,29).

RESULTADOS

Características da amostra

A amostra em estudo é constituída, maioritariamente, por enfermeiros do sexo feminino (82,8%), com uma média de idades de 42 anos. Na sua maioria, os enfermeiros são casados ou vivem em união estável (63,6%). Predominantemente, 78,6% dos enfermeiros detêm como habilitações académicas a licenciatura em enfermagem, e 38,3% possui o título profissional de enfermeiro especialista. Em média, os enfermeiros possuem 19 anos de experiência profissional. Dos participantes, 5,3% participou

em cursos de formação sobre técnicas de comunicação e comunicação em equipes de saúde.

Análise das propriedades psicométricas da Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde

Para validar a qualidade psicométrica da ECIPs, foram efetuados os estudos de confiabilidade e validade. Em uma fase inicial, calculou-se o valor de confiabilidade para o total dos 34 itens que compõem a escala. No que se refere aos coeficientes de correlação item-total, a maioria dos itens revelou bons índices de correlação, com exceção dos itens 7,30 e 31, que estão aquém do valor crítico de 0,20, definido como o limite mínimo. Analisaram-se novamente os coeficientes alfa de Cronbach por item, verificando-se que se situam acima de 0,8, com um alfa de Cronbach global de 0,876 após a eliminação dos três itens⁽³⁴⁾ e um valor de ômega de McDonald de 0,928⁽²⁵⁾. Assim, a AFE prosseguiu com base nesta estrutura de itens que cumprem os critérios iniciais para permanecerem no procedimento estatístico. Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens, na sua globalidade, encontram-se bem centrados, encontrando-se acima do índice médio esperado, conforme Tabela 1.

A aplicabilidade da análise fatorial foi verificada através dos coeficientes de Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO = 0,930$), que permitem classificá-lo como excelente pelo teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,000$) e pelos valores da diagonal principal da matriz anti-imagem das correlações com medidas de adequação da amostragem superiores a 0,5, o que permite prosseguir com a análise fatorial⁽²⁴⁾.

Tabela 1 - Consistência Interna dos itens da Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde (N=360), Coimbra, Beira Litoral, Portugal, 2018-2019

Itens	M*($\pm DP^{**}$)	r/item total	α^{***} sem item 1ª avaliação	α^{***} sem item 2ª avaliação	Ω^{****} MacDonald
1 Posso uma atitude de afeto e solicitude para com os membros da equipe	4,07 ($\pm 0,61$)	0,512	0,837	0,871	0,929
2 Demonstro uma atitude positiva para motivar os outros	4,04 ($\pm 0,61$)	0,597	0,835	0,869	0,929
3 Relaciono-me com os membros da equipe de modo delicado e cuidado	4,14 ($\pm 0,60$)	0,582	0,835	0,870	0,929
4 Demonstro empatia e preocupação no relacionamento	4,14 ($\pm 0,60$)	0,642	0,835	0,869	0,928
5 Estabeleço relações de cooperação, assertividade e confiança com os membros da equipe	4,15 ($\pm 0,54$)	0,630	0,835	0,870	0,928
6 Desenvolvo e mantenho relações com base na verdade	4,48 ($\pm 0,58$)	0,479	0,837	0,871	0,930
7 Desenvolvo o meu pensamento a respeito de outros membros da equipe	4,18 ($\pm 2,22$)	0,137	0,856	----	----
8 Compreendo e respeito a individualidade e as funções de cada membro da equipe	4,29 ($\pm 0,62$)	0,485	0,837	0,872	0,930
9 Considero as necessidades e interesses dos membros da equipe	4,06 ($\pm 0,61$)	0,459	0,837	0,870	0,930
10 Compreendo a diversidade das equipes, as competências e os saberes profissionais, e tiro partido disso para benefício de todos	4,00 ($\pm 0,62$)	0,546	0,836	0,876	0,929
11 Possibilito oportunidades de interação e formação de opiniões dentro do grupo	3,83 ($\pm 1,24$)	0,296	0,840	0,871	0,932
12 Aceito as críticas e escuto ideias/perspetivas divergentes como estimuladores da criatividade e inovação	4,03 ($\pm 0,60$)	0,522	0,836	0,869	0,929
13 Crio condições para que as divergências de perspectivas sejam canalizadas para a melhoria da qualidade dos cuidados	3,79 ($\pm 0,68$)	0,611	0,834	0,882	0,929
14 Permitto aos membros da equipe oportunidades para mobilizarem as suas competências no desenvolvimento dos cuidados	3,94 ($\pm 1,66$)	0,226	0,845	0,873	0,933
15 Exprimo de forma simples e direta os meus próprios interesses, distinguindo-os das metas da equipe	3,38 ($\pm 0,92$)	0,345	0,838	0,869	0,932
16 Tenho capacidade para negociar dentro da equipe de saúde com base no compromisso (interesses mútuos)	3,58 ($\pm 0,78$)	0,563	0,834	0,870	0,929
17 Consigo gerir eficazmente o conflito canalizando-o para a melhoria da qualidade dos cuidados	3,66 ($\pm 0,69$)	0,567	0,835	0,893	0,929

Continua

Continuação da Tabela 1

Itens	M*(±DP**)	r/item total	α *** sem item 1ª avaliação	α *** sem item 2ª avaliação	Ω **** MacDonald
18 Valorizo as minhas capacidades na resolução de problemas	3,92 (±2,27)	0,214	0,852	0,869	0,933
19 Revelo participação efetiva na decisão, planeamento e coordenação de cuidados	3,83 (±0,67)	0,605	0,834	0,870	0,929
20 Partilho conhecimentos e competências	4,07 (±0,56)	0,606	0,835	0,892	0,929
21 Ajudo a fomentar o espírito de equipe para conseguir melhores resultados	4,17 (±2,24)	0,216	0,852	0,869	0,933
22 Posso capacidade para integrar os elementos da equipe	4,08 (±0,64)	0,580	0,835	0,869	0,929
23 Facilito a construção de consensos	3,87 (±0,65)	0,602	0,835	0,870	0,929
24 Reconheço o compromisso e empenho contínuo por parte dos membros da equipe	3,92 (±0,61)	0,571	0,836	0,870	0,929
25 Obtenho elementos que me permitem compreender o impacto das minhas ações e o modo como estão a ser recebidas e interpretadas pelos outros	3,64 (±0,65)	0,539	0,836	0,869	0,930
26 Revejo cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação que transmito aos membros da equipe	3,72 (±0,72)	0,598	0,834	0,869	0,929
27 Faculto aos membros da equipe indicações de como estão ou não estão a ser bem sucedidos na realização dos cuidados	3,46 (±0,81)	0,565	0,834	0,870	0,929
28 Informo a equipe acerca das minhas perceções, pensamentos e necessidades	3,59 (±0,77)	0,528	0,835	0,870	0,930
29 Sou claro e conciso na partilha de mensagens junto da equipe de saúde	3,92 (±0,63)	0,570	0,835	0,871	0,929
30 Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipe	3,97 (±1,72)	0,209	0,846	---	---
31 Transmito aos outros elementos da equipe a informação relevante que os utentes me transmitem	4,34 (±2,17)	0,157	0,854	----	----
32 Posso conhecimento científico para apresentar dados sobre os utentes e os seus detalhes clínicos aos membros da equipe	4,00 (±0,61)	0,498	0,837	0,871	0,930
33 Efetuo registos claros e adequados (escritos ou eletrónicos) das reuniões	3,99 (±0,73)	0,401	0,838	0,869	0,931
34 Referencio pessoas/instituições para ajudar a resolver problemas	3,65 (±0,80)	0,401	0,837	0,870	0,931

*M - média; **DP - desvio padrão; ***α - alfa de Cronbach; Ω **** - ômega de McDonald.

A solução fatorial inicial apresentou uma estrutura com 7 fatores que, no seu conjunto, explicavam 59,67% da variância total. A proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores (comunalidade) encontra-se dentro dos valores de referência (0,40), ao oscilarem entre 0,43 e 0,76. Todavia, o gráfico *scree plot* configurava a existência de três fatores, pelo que se efetuou nova análise fatorial, forçando a três fatores. Todos os fatores apresentam cargas fatoriais nos itens superiores a 0,40, exceto os itens 11, 14, 18 e 21, pelo que se excluíram estes itens, efetuando-se nova extração. A solução fatorial final explica 51,1% da variância total após rotação. O fator 1 foi designado por “Trabalho em equipe” e explica 37,9% da variância total sendo constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 e 12. O fator 2, denominado por “Gestão de conflitos”, comporta os itens 13, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 27 e 28 e explica 8,4% da variância total. O fator 3 foi designado por “Liderança”, sendo constituído pelos itens 19, 20, 22, 26, 29, 32, 33 e 34, e explica 4,8% da variância total, conforme Tabela 2.

Analisada a sensibilidade dos itens, observou-se que, de uma forma geral, os valores de assimetria e curtose não comprometem a realização da AFC⁽²⁶⁾, já que, em valores absolutos, oscilam entre 0,04 e 0,94 para a assimetria e entre 0,03 e 2,46 para a curtose. O coeficiente multivariado de Márdia é de 4,17. Esses valores ficam aquém dos valores de referência. As razões críticas das trajetórias entre as variáveis latentes e manifestas são estatisticamente significativas, levando à manutenção dos itens. A Figura 1 apresenta o modelo tetrafatorial, onde se observam os 27 itens distribuídos pelos fatores correspondentes, bem como os pesos fatoriais respetivos e a sua confiabilidade individual. É visível que o item IIC15 do fator 2 e os itens IIC33 e IIC34 do fator 3 apresentam saturações e confiabilidade individual inferiores à recomendada, razão pela qual serão eliminados. No modelo inicial (Figura 1), a maioria dos

índices de qualidade de ajustamento se revelou adequada, $\chi^2 / gl=2,85$, para o $RMR=0,02$, $SRMR=0,06$ e $RMSEA=0,07$ (com limite superior do IC90% de 0,077), com exceção dos índices $GFI=0,83$, $CFI=0,87$, que revelou um ajustamento sofrível.

Tabela 2 - Matriz de componentes principais após rotação Varimax dos 27 itens (N=360), Coimbra, Beira Litoral, Portugal, 2018-2019

Itens	1	Fatores 2	3	*h ² iniciais
5	0,81			0,73
3	0,79			0,69
4	0,78			0,72
1	0,71			0,60
2	0,69			0,66
8	0,67			0,66
6	0,60			0,56
9	0,59			0,57
10	0,51			0,52
12	0,46			0,43
16		0,72		0,62
15		0,71		0,56
28		0,66		0,66
27		0,66		0,60
25		0,63		0,64
17		0,55		0,52
13		0,52		0,53
24		0,46		0,59
23		0,46		0,55
33			0,70	0,60
32			0,66	0,51
34			0,53	0,61
22			0,52	0,64
20			0,50	0,60
19			0,49	0,58
26			0,45	0,55
29			0,42	0,47

*h² - comunalidades.

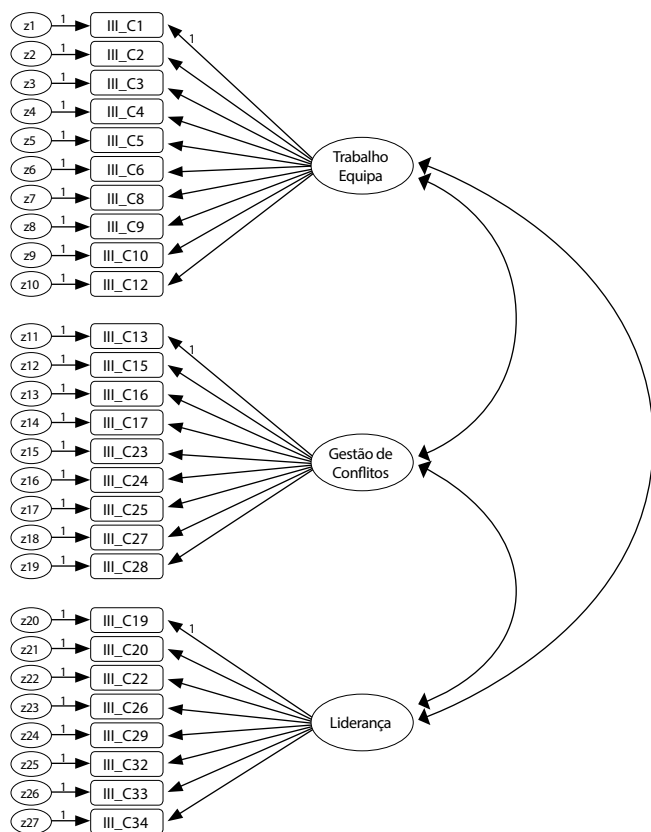
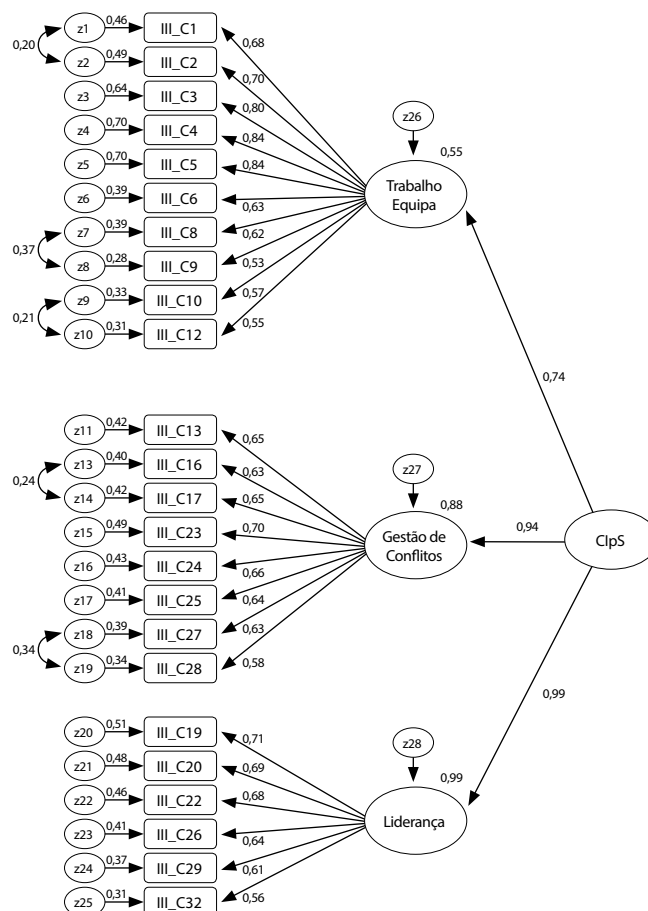


Figura 1 - Modelo inicial com 27 itens, Coimbra, Beira Litoral, Portugal, 2018-2019



ClpS - comunicação interprofissional em saúde.

Figura 3 - Modelo de 2ª ordem, Coimbra, Beira Litoral, Portugal, 2018-2019

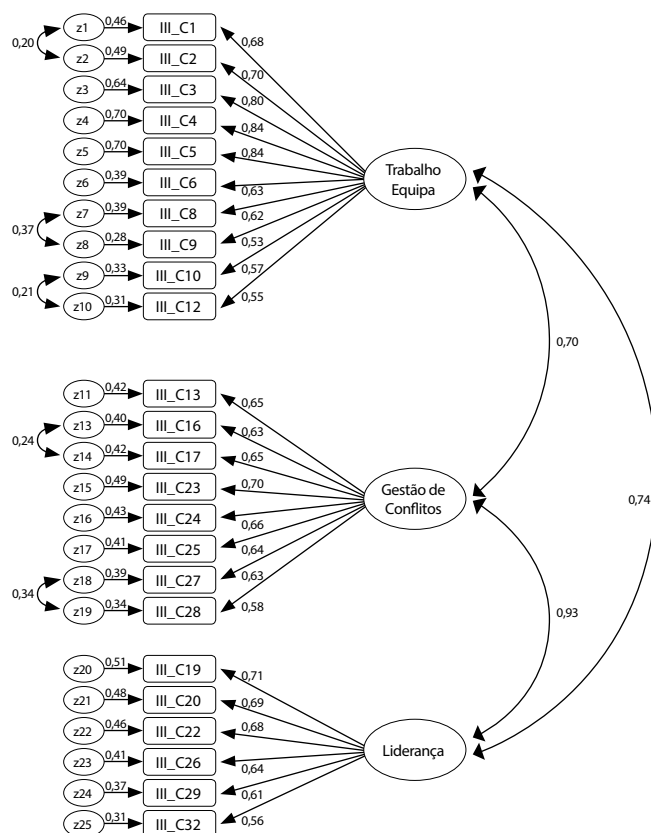


Figura 2 - Modelo com itens eliminados e índices de modificação, Coimbra, Beira Litoral, Portugal, 2018-2019

Procedeu-se ao refinamento do modelo, através dos índices de modificação (IM), conforme Figura 2. Após avaliada a plausibilidade teórica das modificações, correlacionaram-se os erros de medida que conduziram à melhoria do ajustamento de medida, com exceção do índice $GFI=0,87$, que se mantém em um ajustamento sofrível.

Todos os fatores considerados de 1ª ordem se apresentam positiva e significativamente correlacionados ("Trabalho em equipe" e "Gestão de conflitos" ($r=0,70$; $p<0,01$), "Gestão de conflitos" e "Liderança" ($r=0,93$; $p<0,01$) e "Trabalho em equipe" e "Liderança" ($r=0,70$; $p<0,01$)). Essas correlações sugerem a existência de uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que se designou por Comunicação Interprofissional em Saúde (ClpS). A Figura 3 ilustra o modelo obtido, constatando-se que a maior intensidade correlacional do construto ClpS se verifica com a dimensão "Liderança" ($r=0,99$; $p<0,01$), seguida da dimensão "Gestão de conflitos" ($r=0,94$; $p<0,01$) e "Trabalho em equipe" ($r=0,74$; $p<0,01$).

Obtiveram-se, para o modelo de segunda ordem, os seguintes índices de bondade de ajustamento global: $\chi^2/df=2,48$, $RMR=0,02$, $SRMR=0,05$, $RMSEA=0,06$ (limite superior do IC90% de 0,071), $GFI=0,87$ e $CFI=0,91$. A FC dos fatores se revelou adequada, sendo de 0,9 para o fator "Trabalho em equipe" e "Gestão de conflitos" e 0,8 para o fator "Liderança"⁽³²⁾. A validade convergente, obtida através da VEM, não foi confirmada, uma vez que todos os fatores apresentaram índices inferiores a 0,50. A validade discriminante

apenas se encontra patente entre os fatores $F1_{\text{Trabalho em equipe}}$ vs $F3_{\text{Liderança}}$, $r=0,55^{(29)}$. Conclui-se o estudo desta escala, verificando que as correlações são positivas e estatisticamente significativas ($p<0,01$), estando todos os fatores fortemente associados com a sua dimensão global (fator 2ª ordem). Por outro lado, constata-se que os fatores estão associados significativamente entre si de forma razoável a moderada, com valores que variam entre $r=0,61$ e $r=0,77$. Destaca-se a relação do $F2_{\text{Gestão de conflitos}}$ com o $F3_{\text{Liderança}}$ com $r(358)=0,77$; $p<0,01$ e do $F1_{\text{Trabalho em equipe}}$ com o $F3_{\text{Liderança}}$ $r(358)=0,67$; $p<0,01$.

DISCUSSÃO

A utilização de instrumentos de autopreenchimento, permite o desenvolvimento do pensamento compreensivo, reflexivo, crítico e criativo⁽³⁵⁾. A construção e a validação de instrumentos que mensurem as competências de comunicação em equipes de saúde se revestem de grande interesse, por serem ferramentas fundamentais para os profissionais de saúde que primam por cuidados de excelência.

A EClpS apresentou, no geral, bons indicadores de confiabilidade e validade, tal como se constatou pelos resultados obtidos. A amostra com 360 participantes apresenta uma razão de 10,58 respondentes por item, conferindo robustez aos resultados obtidos⁽¹⁸⁾. Em relação à confiabilidade da escala, os resultados mostram uma boa consistência interna e homogeneidade dos itens. Verificou-se um coeficiente alfa de Cronbach global de 0,876, que se classifica como adequado⁽²⁶⁾, e um ômega de McDonald de 0,928⁽²⁵⁾. O KMO de 0,930 e o teste de esfericidade de Bartlett com uma probabilidade estatisticamente significativa ($p=0,000$) foram indicativos de se prosseguir com a análise factorial exploratória⁽³⁶⁾. A realização da análise fatorial através do método dos CP, com rotação ortogonal de tipo Varimax e valores próprios superiores a 1, permitiu explicar 51,1% de variância total, envolvendo um número de fatores teoricamente aceitável, constituindo a melhor solução relativamente à interpretação e significado das dimensões⁽³⁷⁾.

Submetida esta estrutura tetrafactorial à AFC, com recurso ao método de máxima verosimilhança, levou à eliminação de alguns itens, após a reespecificação do modelo, por apresentarem problemas de multicolinearidade e saturações inferiores a 0,40, considerado o coeficiente mínimo, dado tratar-se de um estudo preliminar da escala⁽²⁹⁾.

O modelo final de segunda ordem revelou adequados índices de confiabilidade compósita e índices de bondade de ajustamento global, com exceção do índice GFI=0,87, que se mantém em um ajustamento sofrível⁽²⁹⁾. Nesse sentido, é recomendável no futuro a replicação do estudo psicométrico em amostras mais alargadas, para obter uma maior sensibilidade, e também a realização de análises paralelas, para confirmar esta estrutura fatorial de uma forma mais aprofundada, recorrendo a outros tipos de *software*, como FACTOR® ou programa estatístico R®.

Globalmente, a escala constituída por 24 itens organizados em três fatores, "Trabalho em equipe", "Gestão de Conflitos", "Liderança", demonstra ser capaz de avaliar a comunicação interprofissional em saúde.

Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas com o fato de a técnica de amostragem ser não probabilística de conveniência, limitando a generalização dos resultados. Não foi efetuada uma avaliação por meio da observação direta que iria evitar a influência da capacidade crítica e reflexiva de quem se autoavalia.

Contribuições para as áreas da enfermagem e da saúde

Este instrumento de avaliação multidimensional permitirá obter dados sobre as competências de comunicação interprofissional em saúde, que sustentem intervenções formativas, no sentido fomentar a prática interprofissional colaborativa. Este instrumento que avalia dimensões fulcrais para a comunicação em equipes de saúde contribuirá para melhorar as práticas da equipe de saúde, ancoradas em uma comunicação efetiva, coesa e consolidada.

CONCLUSÕES

As organizações de saúde constituem espaços de forte interação entre diferentes profissionais. Desta forma, a comunicação interprofissional em contexto clínico é fundamental perante a necessidade de respostas seguras e efetivas na prestação de cuidados de saúde. Foi nesse sentido que a EClpS foi criada, justificando-se o presente estudo psicométrico. Essa escala é constituída por 24 itens, organizados em três dimensões: "Trabalho em equipe", "Gestão de conflitos" e "Liderança".

O estudo das características psicométricas da EClpS permite afirmar que é um instrumento robusto e certifica a sua qualidade e a relevância teórica de cada um dos itens incluídos nas três dimensões que a constituem. A EClpS constitui-se um recurso valioso para avaliação das competências de comunicação interprofissional em saúde, sensibilizando os enfermeiros e outros profissionais de saúde para esta temática, de forma a construir interfaces colaborativas necessárias para convergir melhor na resposta aos desafios de saúde.

Sugerimos que sejam realizados mais estudos, a nível nacional, com a replicação da escala, obtendo-se cada vez melhores índices de ajustamento do modelo.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL

<https://doi.org/10.48331/scielodata.JAZSA3>

CONTRIBUIÇÕES

Brás CPC, Ferreira MMC e Figueiredo MCAB contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Brás CPC, Ferreira MMC e Figueiredo MCAB contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Brás CPC, Ferreira MMC e Figueiredo MCAB contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Petry L, Diniz MBC. Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene*. 2020;21:e43080. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>
2. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in primary health care. *Interface: Commun, Health, Educ*. 2018;22:1535–47. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
3. Noce LGA, Oliveira TS, Melo LC, Silva KFB, Parreira BDM, Goulart BF. Interprofessional relationships of a patient assistance team in critical care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4): e20190420. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0420>
4. Coifman AHM, Pedreira LC, Jesus APS, Batista REA. Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. *Rev Esc Enferm*. 2021;55: e03781. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>
5. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(spe1):86–96. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>
6. Claramita M, Riskiyana R, Susilo AP, Huriyati E, Wahyuningsih MSH, Norcini JJ. Interprofessional communication in a socio-hierarchical culture: development of the TRI-O guide. *J Multidiscip Healthc*. 2019;12:191–204. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S196873>
7. Diniz ALTM, Melo RHV, Vilar RLA. Análise de uma Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família. *Rev Ciênc Plural*. 2021;7(3):137–57. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23953>
8. Olino L, Gonçalves AC, Karine J, Strada R, Becker Vieira L, Luiza M, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e2:20180341. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
9. Moreira FTLDS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
10. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. Canada: University of British Columbia; 2010 [cited 2022 Jan 20]. 11–23 p. Available from: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
11. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Human Resources for Health; 2010[cited 2022 Jan 22]. 12–31p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Belarmino AC, Rodrigues MENG, Anjos SJSB, Ferreira Júnior AR. Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 6):e20200470. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470>
13. Valentim LV, Luz RA, Santos LSC, Silva Noca CR. Perception of nursing professionals regarding teamwork. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:1–8. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>
14. Maziero V, Bernardes Gomes A, Vendas Righetti EA, Spiri WC, Gabriel CS. Aspectos positivos da liderança autêntica no trabalho do enfermeiro: enfermeiro: revisão integrativa Positive. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6): e20190118. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118>
15. Mondini CCSD, Cunha ICKO, Trettene ADS, Fontes CMB, Bachega MI, Cintra FMR. Authentic leadership among nursing professionals: knowledge and profile. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180888. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
16. Mata ÁNS, Azevedo KPM, Braga LP, Medeiros GCB, Segundo VHO, Bezerra INM, et al. Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
17. Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick D, Alonso J, Bouter LM, Vet HC, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments [Internet]. Amsterdam: Department of Epidemiology and Biostatistics; 2019[cited 2022 Feb 22]. 4–28 p. Available from: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf
18. Hill MM. Investigação por questionário. 2a edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2016. 52–58 p.
19. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
20. Supo J. Cómo validar un instrumento: aprende a crear y validar instrumentos como un experto. [Internet]. Arequipa [Perú] : Bioestadístico; 2013 [cited 2021 Dec 18]. Available from: http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf
21. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 174–179 p.
22. Tristán-López A. Modificación al Modelo de Lawshe para el Dictamen Cuantitativo de la Validez de Contenido de un Instrumento Objetivo. *Av Medición* [Internet]. 2008 [cited 2022 Oct 27];6:37–48. Available from: https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6_Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
23. Arbuckle JL. Amos (Version 27.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS; 2014.
24. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 8a ed. Pêro Pinheiro: Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021. 459–470 p.

25. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Rev Latinoam Cienc Soc, Niñ Juv.* 2017;15(1):625–7. <https://doi.org/10.20882/adicciones.962>
 26. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 4th ed. New York : The Guilford Press; 2016. 262-277 p.
 27. Wheaton B. Assessment of fit in overidentified models with latent variables. *Sociol Methods Res.* 1987;16:118–54. <https://doi.org/10.1177/0049124187016001005>
 28. Tanaka JS, Huba GJ. A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British J Math Statist Psychol.* 1985;38:197–201. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00834.x>
 29. Marôco J. *Análise de equações estruturais : fundamentos teóricos, software & aplicações*. 3a ed. Pêro Pinheiro: Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
 30. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res.* 1992;21(2). <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
 31. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equat Model.* 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
 32. Hair JF, Babin BJ, Anderson RE, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. 8th ed. UK: Cengage; 2018.
 33. Bollen KA. *Structural Equations with Latent Variables*. New York: Wiley; 1989.
 34. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. 6a ed. Lisboa: Edições Silabo; 2014. 528 p.
 35. Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. *Interface Comun, Saúde, Educ.* 2016;20(56):171–83. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1303>
 36. Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Smith IP, Scholl I, Stiggelbout AM, Pieterse AH. The quality of instruments to assess the process of shared decision making: a systematic review. *PLoS ONE.* 2018;13(2):e0191747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191747>
 37. Cunha CM, Almeida Neto OP, Stackfleth R. Main psychometric evaluation methods of the validity of measuring instruments. *Rev Atenç Saúde.* 2016;14(47):75–83. <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391>
-

3.5. Safety Culture in Maternity Hospital: perception of nurse midwives (Artigo 5)

Brás, C. P. d. C., Figueiredo, M. d. C. A. B., & Ferreira, M. M. C. (2023). Safety culture in maternity hospital: Perception of nurse-midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–15. <https://doi.org/10.1111/jan.15969>



Safety Culture in Maternity Hospital: perception of nurse midwives

Journal:	Journal of Advanced Nursing
Manuscript ID	JAN-2023-0231
Manuscript Type:	Empirical Research Qualitative
Keywords:	Focus Groups, Maternity Nursing, Midwifery, Obstetrics and Gynaecology
Category:	Midwives

Safety culture in maternity hospital: Perception of nurse-midwives

Cláudia Patrícia da Costa Brás¹  | Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo²  |
Manuela Maria Conceição Ferreira³ 

¹Higher School of Nursing of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing, Coimbra, Portugal

²Department of Nursing, University of Huelva, Higher School of Nursing of Coimbra e CINTESIS/ESEP, Porto, Portugal

³Higher School of Health of Viseu, Polytechnic Institute of Viseu, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E/ESEnfC—ESSV/IPV), Viseu, Portugal

Correspondence

Cláudia Patrícia da Costa Brás, Higher School of Nursing of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing, Coimbra, Portugal.

Email: claudiabras@esenfc.pt

Abstract

Aim: To explore nurse-midwives' perceptions of safety culture in maternity hospitals.

Design: A descriptive phenomenological study was conducted using focus groups and reported following the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research.

Methods: Data were obtained through two online focus group sessions in June 2022 with 13 nurse-midwives from two maternity hospitals in the central region of Portugal. The first focus group comprised 6 nurse-midwives, and the second comprised 7 nurse-midwives. Qualitative data were analysed using content analysis.

Findings: Two main themes emerged from the data: (i) barriers to promoting a safety culture; (ii) safety culture promotion strategies. The first theme is supported by four categories: ineffective communication, unproductive management, instability in teams and the problem of errors in care delivery. The second theme is supported by two categories: managers' commitment to safety and the promotion of effective communication.

Conclusion: The study results show that the safety culture in maternity hospitals is compromised by ineffective communication, team instability, insufficient allocation of nurse-midwives, a prevailing punitive culture and underreporting of adverse events. These highlight the need for managers to commit to providing better working conditions, encourage training with the development of a fairer safety culture and encourage reporting and learning from mistakes. There is also a need to invest in team leaders who allow better conflict management and optimization of communication skills is essential.

Impact: Disseminating these results will provide relevance to the safety culture problem, allowing greater awareness of nurse-midwives and managers about vulnerable areas, and lead to the implementation of effective changes for safe maternal and neonatal care.

Patient or Public Contribution: There was no patient or public contribution as the study only concerned service providers, that is, nurse-midwives themselves.

KEYWORDS

focus groups, nurse-midwives, organizational culture, patient safety, qualitative research, safety management

1 | INTRODUCTION

The occurrence of errors is a threat to the quality of care in healthcare organizations where complex and unpredictable activities are carried out. On average, one in ten patients is subject to an adverse event while receiving hospital care (World Health Organization, 2020). A cross-sectional study, involving 58 hospitals in five Latin American countries, show that more than 28% of adverse events were caused by disability and another 6% were associated with the death of the patient (Aranaz-Andres et al., 2011).

The Joint Commission Sentinel Event Alert reveals that, in 47 perinatal deaths or permanent disability cases studied, the main causes of adverse events were the following: communication; organizational culture; teamwork through hierarchization of organizational structures; competence of the team; the orientation and training process; supervision-related problems of physicians and obstetric nurses and insufficient prenatal information (The Joint Commission, 2004).

In obstetric care, there are certain peculiarities, where unexpected complications can completely change the process of pregnancy, delivery and the post-partum period due to the care of two or more lives and the involvement of a multiplicity of professionals. Maternal and obstetric healthcare models expose women and foetuses/newborns to high rates of interventions with great potential to cause harm (World Health Organization, 2016).

The culture of safety in maternity hospitals is a priority area for the World Health Organization and for health institutions worldwide, since the birth of a child is a unique moment in the life of a woman and her family, who has the right to a positive, safe and respectful experience (Skoogh et al., 2022). The World Patient Safety Day goals 2021, consisted of improving maternal and newborn safety, reducing maternal mortality, promoting respectful care for a safe childbirth, reporting and analysing safety incidents, reducing unnecessary practices to women and newborns, strengthening the capability of health workers and improving a safe use of medication and blood transfusion during childbirth (World Health Organization, 2021).

The future perspective should be to adopt strategies that contribute to developing a safety culture that reduces the frequency and severity of errors in healthcare institutions (Skoogh et al., 2022). Building safety into the processes of caring for women, babies and families is an urgent need, and this requires knowing the safety culture, identifying existing weaknesses in maternity care and instigating proactive attitudes in all actors involved in order to overcome personal and organizational challenges (Akbari et al., 2017). Understanding professionals' perceptions of patient safety culture is critical to disseminating knowledge and increasing awareness, resulting in actions and improvements in the care of women (Skoogh et al., 2022).

There are many studies on a safety culture assessment in different contexts (operating rooms, emergency services). Such studies are found in four European countries, including Croatia, Hungary, Spain, Sweden (Granel-Giménez et al., 2022), Tunisia (Aouicha et al., 2022) and Portugal (Vinagre & Marques, 2018). However, the

area of maternal and obstetric health has not been adequately evaluated, as it is a context that involves specialized care to two individuals (mother and baby) and is focused on both health promotion and prevention of complications to minimize the double risk of maternal and fetal morbidity and mortality. Some existing studies in literature (Carmo et al., 2020; Rodríguez-García et al., 2022; Silva et al., 2020), focus on a more quantitative aspect of safety culture and do not explore the perspectives and experiences of nurse-midwives, who can point out the strengths and weaknesses of the care environment, in order to plan and monitor strategies for improving the quality of midwifery care. An emphasis on culture of safety in maternity hospitals will raise awareness among nurse midwives, leaders, and managers internationally, in order to enhance the development of safe practices and excellence in obstetric care.

Given the relevance of the issue and the existence of few qualitative studies published in Portugal, we conducted a study with the overall objective of exploring nurse-midwives' perceptions of the safety culture in maternity hospitals. This study was conducted to complement the quantitative data from a first study by the researchers and to help understand what the numbers really mean.

1.1 | Background

Patient safety is a strategic priority for modern healthcare, and the World Health Organization considers it a framework of organized activities that create cultures, processes, behaviours and environments in healthcare that consistently and sustainably reduce the occurrence of preventable harm (World Health Organization, 2020). Over one-third of maternal deaths and a substantial proportion of pregnancy-related life-threatening conditions are attributed to complications arising during labour, birth or the immediate post-partum period (World Health Organization, 2018).

Promoting safety and risk management is of great importance in midwifery care units as each intervention in this area involves two individuals (mother and baby), and there is, therefore, a double risk of maternal and fetal morbidity and mortality (Akbari et al., 2017). The effective promotion of safety in obstetrics units can be influenced by organizational culture, teamwork, open communication, feedback and non-punitive responses to errors (Akbari et al., 2017). Workplace culture can profoundly affect the experiences and outcomes of women and babies as well as the nurse-midwives caring for this dyad (Catling & Rossiter, 2020).

Organizations with a positive safety culture are characterized by communication based on mutual trust, shared perceptions about the importance of safety and confidence in the effectiveness of preventive measures. However, a low patient safety culture index can lead to potentially preventable adverse events, resulting in disbelief among organizations and healthcare professionals (World Health Organization, 2020).

To create consistent safety standards for quality improvement in action, the *Canadian Patient Safety Institute* has developed a framework entitled *The Safety Competencies: Enhancing Patient*

Safety Across the Health Professions, which identifies six domains of competencies relevant to patient safety: contributing to a culture of safety; working in teams; communicating effectively; managing safety risks; optimizing human and environmental factors; recognizing, responding to and reporting adverse events (Canadian Patient Safety Institute, 2020).

In recent decades, health institutions have aimed to establish obstetric care on the best evidence-based standards and focused on international guidelines. At the national and international levels, guidelines have gradually emerged in recent years for a safe professional practice in the obstetrics area, namely: the Obstetrics and Gynecology Screening - Priorities document (Torgal et al., 2017), the Pocket Book for Nurses Specialized in Maternal and Obstetric Health (Barradas et al., 2015), the Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience document (World Health Organization, 2018) and Checklist Implementation Guide for Safe Births (World Health Organization, 2015).

However, the issue of safety culture in maternity hospitals has been neglected, which is an essential requirement for the quality of healthcare and is related to individual and group values, attitudes, perceptions, skills and behavioural patterns that influence how professionals perceive and act on the safety issues of an organization (Famolaro et al., 2021).

Some studies expose weaknesses in obstetric care, reveal problematic dimensions, such as the underreporting of adverse events (Silva et al., 2020) or insufficient staffing in the units (Rodríguez-García et al., 2022). The punitive culture still prevalent in health institutions and managers are not committed to promoting a safety culture (Carmo et al., 2020). The results of the main author's study show data regarding the underreporting of adverse events, insufficient number of obstetrical nurses, the prevalence of a punitive culture and little commitment of the hospital management (Brás et al., 2023).

Assessing the safety culture and identifying critical areas provides us with measurable data that will allow us to reduce the rate of adverse events and improve women's safety (Ribelién et al., 2022). However, few qualitative studies at a national level address nurse-midwives' perceptions of safety culture and its implications for a safe care environment.

2 | THE STUDY

2.1 | Aim

This study aimed to explore nurse-midwives' perceptions on the safety culture in maternity hospitals.

2.2 | Design

A descriptive phenomenological study was conducted using focus groups. This technique provided depth and flexibility in data

collection and allowed us to listen to the participants' perspectives, perceptions and opinions on the research topic (Morgan, 2018). We used the COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) *guidelines* according to the Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR) network (Tong et al., 2007).

2.3 | Setting

This study was conducted with nurse-midwives working in two maternity hospitals of Differentiated Perinatal Support, belonging to the Hospital and University Center of the central region of Portugal, designated as pole A and pole B. These maternity hospitals were two autonomous institutions; however, in 2011, the two maternity hospitals merged following the aggregation of several public health institutions into the Hospital and University Center of the central region of Portugal. Nevertheless, even after the merger, the maternity hospitals continue to operate in two different buildings.

These two maternity hospitals are considered Differentiated Perinatal Support Hospitals, providing intensive care to newborns of any gestational age, with the capacity for multi-professional assistance to all pregnant women with complications or conditions associated with or coexisting with pregnancy. These hospitals provide care to users in the hospital's catchment area (central region of Portugal). In terms of referral, they are articulated with the primary healthcare establishments.

In the year 2022, 4500 births occurred in these two maternity hospitals. These maternity hospitals have 10 delivery rooms, 60 beds in the Postpartum Unit and 28 beds in the Maternal and Fetal Medicine Unit. Currently, 142 nurse-midwives and 18 general care nurses, who do not provide specialized care, work in these two maternity hospitals.

In Portugal, the profession of midwife is carried out by nurse specialists in Maternal and Obstetric Health Nursing, recognized by the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nurses Association), after obtaining the academic qualifications required for the legal exercise of the activity (A 4-year Bachelor's Degree in Nursing, followed by another 2 years of a Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing). The European Union recognizes the skills of the nurse-midwife (Directive 2013/55/EU of the European Parliament).

2.4 | Sample/participants

The selection of participants was carried out by purposive sampling to reflect diversity within the group (Barbour, 2018). The participants share particular characteristics related to employment, educational level, culture, years of professional experience, clinical practice contexts and have the potential to provide rich, relevant and diverse data pertinent to the research question. As inclusion criteria, we considered nurse-midwives who provided direct care to pregnant

women/puerperal/couples, who had completed the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* during the quantitative study conducted previously, and who were familiar with the topic of the study to ensure the efficiency and adequate saturation of the categories (Flick, 2018). The exclusion criteria were being temporarily absent from work during the data collection period due to sick leave, holiday leave or other leave of absence, and not having completed the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* questionnaire.

Taking into account the inclusion criteria, we made a direct and personalized invitation to 14 nurse-midwives; only one nurse-midwife did not agree to participate. During this direct contact with the participants, the researcher mentioned their reasons for conducting the study and their interest in the topic.

We proceeded to allocate the 13 nurse-midwives to two groups, ensuring the homogeneity of the sample, taking into account the characteristics related to employment, educational level, culture, and, at the same time, attending to heterogeneity criteria related to different clinical practice contexts, different years of professional experience and the time availability of each of the participants (Barbour, 2018).

2.5 | Data collection

The focus group sessions were held in June 2022; the first comprised six nurse-midwives, and the second comprised seven nurse-midwives. To overcome some limitations regarding the participants' involvement, we chose to conduct *focus group* sessions online (Flick, 2018), which allowed for data collection in a COVID-19 pandemic context.

Online consent forms were sent to thirteen nurse-midwives, along with an individual questionnaire to characterize the participants and a link to access the zoom videoconference platform.

For data collection, a script with guiding and exploratory questions was developed, which was an essential tool to guide the *focus groups*, ensuring that all relevant issues of the theme would be addressed (Barbour, 2018; Krueger & Casey, 2015). This script was based on the results of a previously conducted quantitative study, the literature review on the topic and was divided into four thematic blocks: opening of the session, legitimization of the focus groups, development of the focus groups, and, finally, synthesis and closing of the session.

The guiding script for the focus group sessions consisted of 12 main questions that guided the discussion, for example: 'How does your institution promote patient safety?', 'Do you have experience reporting to the national incident reporting system?' and 'How is error considered in your institution?'. The remaining questions of the roadmap are available in a supplementary document.

During data collection, the role of focus group moderator was assumed by the main author, currently, a nursing professor undertaking a PhD in Nursing Science, with adequate background knowledge on the topic under discussion due to her professional experience of over 15 years as a nurse-midwife in a maternity hospital. The

moderator always took into account the assumptions inherent to the focus groups, advocating a productive discussion, not issuing particular opinions and guiding or bringing back the discussion towards the study objectives (Flick, 2018). A clinical nurse with experience in qualitative research assumed the role of observer, and was instructed to pay attention to the logistical conditions and take notes during the session (Barbour, 2018; Krueger & Casey, 2015). Data saturation was reached by checking the repetition of the information and confirming the data collected in the first session, and no further sessions were necessary (Barbour, 2018). Each focus group session took an average of 2 h.

2.6 | Ethical considerations

The research protocol was submitted and approved by the Innovation and Development Unit-Clinical Trials Center and by the Board of Directors of the hospital of the central region of Portugal, where the two maternity hospitals are integrated. Formal authorization was obtained to proceed with the study—Registration No.8742/2017.

All study participants were ensured confidentiality and anonymity of the information collected and the exclusive use of data only within the scope of this research, which will be destroyed after the end of the study. The informed consent stated the conditions for the participation of individuals, the study objectives, the request for video and audio recording of the session and the respective compensations to which the researcher shall be bound during the development of the study in order to safeguard the ethical principles (Morgan, 2018). The link for participants to access the session via zoom had robust security settings based on password protection and waiting rooms, ensuring that only invited participants would be in the online session.

2.7 | Data analysis

In the present research, we opted for the model proposed by Mayring (2014), designated *clean read*, in which the transcription is carried out word by word, excluding interjections and modal particles, prioritizing the construction of a coherent and easy-to-understand text, respecting the grammatical structure and the participant's original intention.

We opted for content analysis, which consisted of synthesizing and reducing the amount of information available by increasing the researcher's understanding of specific phenomena, allowing valid and reproducible inferences from the data (Krippendorff, 2019). We considered three main phases: (i) pre-analysis and selection of the material; (ii) exploration of the material by coding and categorization; and (iii) validation of the categories and proposal of a conceptual model (Bardin, 2014; Krippendorff, 2019).

In the first stage, a body of analysis was constituted with the selection of researched documents, the transcription of *focus groups* and the notes taken (Mayring, 2014).

In the second phase, the researcher became familiar with the data by reading and rereading the material in its entirety from a more exploratory perspective, diving into the data and coding the information collected (Krippendorff, 2019). Open coding techniques were used, transforming the content into units of meaning, for subsequent categorization (Bardin, 2014). After coding, categorization strategies were applied and carried out by abstraction of the content, which goes from smaller and particular units to larger and more comprehensive ones. This manual and open coding process was performed with the support of the NVivo® software due to its attributes that provide better organization, systematization, visualization and location of the corpus of analysis. However, the analysis software did not replace the researcher's responsibility in the substantive interpretation of the results (Flick, 2018).

In the third content analysis stage, internal validation procedures were adopted and applied by comparing the categories among themselves, checking they were not overlapping or repeated and considering how the data would be analysed from the categories. Finally, as a result of the content analysis, a conceptual structure was obtained, which was composed of two main themes with six categories of analysis, subdivided into nineteen subcategories. We present an excerpt of the coding tree in Table 1.

2.8 | Validity and reliability/rigour

The qualitative nature of the data emerging from focus groups requires specific criteria to achieve reliability and credibility. In this regard, we highlight the COREQ checklist from EQUATOR (Tong et al., 2007). All checklist criteria meet the classic standards of rigour in qualitative research: credibility, transferability, reliability and confirmability (Lincoln & Guba, 1985).

Credibility was ensured by carefully selecting the participants according to criteria of heterogeneity and homogeneity and by conducting focus groups with open-ended questions to encourage participants to share their perspectives on the theme, using the same question guide in both focus groups. To ensure transferability, data were transcribed in full and in a compact form, called 'tick description', representing the diversity of participants' perspectives, seeking to bring the reader closer to the discourse produced and corroborating the researcher's analyses (Flick, 2018). Verbatim transcripts allow the researcher to return to the data at a later date and re-analyse it based on new readings made (Barbour, 2018).

The peer debriefing process is also considered as a way to increase reliability, and, in this way, a health professional with general knowledge of the issue and the research process, analysed the study

data and, above all, listened to the researcher's ideas and concerns, confirming and modifying constructs (Morgan, 2018).

To allow confirmability, the authors also offered a detailed description of the data analysis, explaining the categorization process, giving examples of how they conducted the data analysis in each step, including text excerpts, in addition to referencing the software that allowed better organization of the data. Excerpts of the speeches were included in each unit of record, which were considered to illustrate the meanings assigned by nurse-midwives. Each nurse-midwife is referred to by the letter E, followed by the numbering of the focus group to which he or she belonged and the respective individual identification number, for example, E1.1.

3 | FINDINGS

The sample of this study was composed of 12 female and 1 male participant, ranging from 35 to 60 years old, with a mean age of 47 years and an average of 24 years of professional experience. The participants work in the Emergency Department, Maternal and Fetal Medicine Unit, Delivery Room, Obstetric Operating Room and Postpartum Unit.

A training course on patient safety had 7.7% of engaged participants. Regarding communication training, 30.8% of the participants reported attending courses related to communication techniques for breastfeeding promotion, communication techniques and interpersonal relationships and leadership and team management.

Two themes emerged from data analysis: barriers to promoting a safety culture and strategies for promoting a safety culture, as shown in Figure 1. The theme 'barriers to the promotion of safety culture' is supported by four categories: ineffective communication in healthcare teams, unproductive management, instability in nursing teams and the problem of error in care provision. The theme 'safety culture promotion strategies' is supported by two categories: managers' commitment to safety and promotion of effective communication. Illustrative quotes further explain each subcategory.

3.1 | Barriers to promoting a safety culture

3.1.1 | Ineffective communication in health teams

The 'Ineffective communication in health teams' category comprises the following subcategories: 'Interprofessional communication', 'Communication in care transition' and 'Conflicts in teams'.

Participants expressed difficulties in communicating with other health professionals, aggravated by the pandemic context,

TABLE 1 Example of a structural analysis.

Illustrative quotes	Subcategories	Categories	Theme
'I think rotation leads to insecurity in care, because nurses are not experts in any area, because they go through all the services'.	Rotation of nurses between units	Instability in the nursing teams	Barriers to promoting safety culture



FIGURE 1 Overview of the themes, categories and subcategories.

characterizing the communication as difficult, with the persistence of hierarchical practices among professionals, which conditions patient care:

We work separately (...) it seems that there is a hierarchy and that we do not consider ourselves as workers of the same institution, with the same equal rights (...) E2.2

I think there is a big barrier in communication (...) that has been getting worse in recent years and much more in these pandemic times. (...) E1.2

The nurse-midwives reported that the communication process in care transitions is constrained by the strategies imposed by the healthcare institution, with a computerized clinical system that they consider to be complex, absorbing too much time that should be used for the provision of direct care to the patient, as they mentioned:

The way the nursing directorate wants the shift changeover to be implemented, I don't know how much time we're going to spend transmitting all the information(...) E1.6

They want to impose a type of communication at shift changeover. It is intended that we make the transmission of patient information through active diagnosis,

with the respective active interventions and the ICNP language (...) E2.6

(...) the terms that were used in shift changeover were not perceptible by all the team members, which increases the risk of failures in the transmission of communication (...) E2.2

Communication is affected by the conflicts arising in the interaction between the professionals in the healthcare team. In their discourse, participants mentioned that these conflicts are a result of the complexity of work, rapid integration of professionals into the units, fatigue, dissatisfaction and unsafe environments, as they reported:

It is much easier to have conflicts in teams, with this kind of care provision, in this kind of environment of insecurity, discontent, dissatisfaction, fatigue. E2.5

These quick integrations generate conflict between colleagues, it generates conflict mainly with the other teams of professionals. E1.2

Unsafe environments, unfavorable environments, environments where people do not feel satisfied, do not feel safe, are much more susceptible to the creation of conflicts (...) E2.5

3.1.2 | Unproductive management

The participants explained that the unit and hospital managers are unaware of the essential aspects that interfere with safety. Nurse-midwives' concerns about the 'scarce human resources', the 'lack of investment in training' and the 'devaluation of professional skills' emerged from the data.

The nurse-midwives mentioned that managers do not ensure safe allocations of nurse-midwives, the ratio of nurse-midwives is not adequate given the number of users and they are working to the limit, putting the safety of the users at risk, as reported in these excerpts:

(...) the issue of safety of care is put into question when safe appropriations are not met. (...) when I have a ward with eighteen beds with eighteen puerperal and newborns and there are only two nurses on duty. E2.7

When there are difficulties, one easily discards the complete ensuring of the minimum safety allocations (...) we spent practically the whole pandemic with the reduced allocations to a ratio that was not adequate in the delivery room (...) E2.1

All the participants stressed that management has not invested in the training of professionals, particularly on issues such as safety, and the few training courses that do exist are not sufficiently disseminated:

There are occasionally (...) some trainings (...) but it is not very widespread, nor is there much interest on behalf of the organization in involving workers and keeping them with this knowledge (...) E1.4

It is only now that the liaison in my service is doing training on safety of care (...) E1.1

Nurse-midwives also feel that their skills are not recognized, they are not included in the decision-making process and that everything is imposed. Management is only concerned with numbers, not with the professionals and with performance and effectiveness in performing their functions:

(...) Our senior managers who have no respect for our work and the added value they have in human resources (...) E1.1

This issue of imposition, of imposed rules (...) the devaluation that is given to our evaluation, to our path, they do not know our motivations in relation to the service and our profession (...) E2.7

We have been witnessing an imposed management, almost like a dictatorship. One day we have one thing, the next day we have another, we are not even called to the decision-making process (...) E2.4

3.1.3 | Instability in the nursing teams

Aspects that generate instability in the teams emerged from the data, such as: 'Rotation of nurses between units', 'Inadequate processes of integration' and 'Insufficient professional experience'.

The constant, sometimes daily, mobilization of nurse-midwives by the units, generates insecurity in care and there is no deep commitment to the workplace, generating professional dissatisfaction, as they describe:

(...) there is little commitment from nurses to the service (...) because of this dynamic, there is this possibility to suddenly move elsewhere, then there are things that fail. E2.2

Besides the risks we run, rotation can lead to conflicts between the nursing teams of the various wards and between the medical team. If there is insecurity in care, there is obviously dissatisfaction of the teams. E1.6

The process of integration into the services/units enables the development of nurse-midwives' potentialities and responds to the mission and vision of the health institution. However, the nurse-midwives expressed that managers are not valuing this process, and they feel insecure in the provision of specialized care due to rapid integration when it should be a singular process, as reported in these excerpts:

There has to be an integration process that is no longer taking place in nurses (...) without this integration time it will take longer to achieve the rigor and demand that is required in the services, especially in the delivery room (...) E2.4

(...) the differentiation of the care provided in each of the services leads to a different integration time (...) nobody cares about this; nobody values the integration. (...) E2.2

The nurse-midwives reported that insufficient professional experience regarding the specificity of specialized care is a hindering factor, aggravated by the constant rotation throughout the units, which interferes with the quality and safety of care, as they mentioned:

(...) I have skills to work, I have knowledge, but when they mobilize you to another place, the working context, the working conditions are completely different. E1.6

We have knowledge, but we don't have experience to be able to ensure safety and quality care. E1.1

3.1.4 | Error issues in the provision of care

The provision of healthcare involves risks due to its complexity, which is a challenge for the quality of care in obstetrics. Subcategories emerged from data analysis that explain this issue of error: 'No feedback on the error', 'Failure to notify the error' and 'Punitive responses to the error'.

Most nurse-midwives mention that they do not notify errors because they are not used to notifying, because they do not know how to do it, and because the system sometimes makes this process difficult, as we can confirm by the context units:

We are probably the ones unaware of where and how to make these notifications (...) E2.3

It is not a habit to notify, it is not part of our culture. E1.5

It's not easy to notify (...), the system didn't let me, I accessed it, I kept filling it in and then I couldn't submit it. E1.1

The punitive response to the error is mentioned by all participants as a dimension still present in the healthcare organization. Nurse-midwives consider that response to an error is still seen as having a punitive character; they feel the fear of punishment and consider that it is easy to identify the professional in the notification system, which leads to not reporting events, as they report:

One of the aspects that I often feel, when there is an error in the service, and it's a situation of risk for the patient, is the fear of punishment, they are very afraid. I think there is this culture of fear in the institution, of being punished. E1.4

I know there is a notification system (...) but I didn't even bother with this system, because it is very easy to figure out where the notification comes from. And the retaliations exist, we know that they exist (...) E2.2

It is seen with a punitive character, whoever makes a mistake, is punished (...) punished in the performance evaluation. E2.3

Nurse-midwives mentioned that the lack of feedback on the error is also an obstacle to the construction of a safety culture because there are no responses to the errors reported nor interventions made:

(...) there is not much care in resolving what is notified, you don't get answers. E2.6

The problem is that we don't see the answer from the other side, we see no solution. E2.1

3.2 | Strategies for promoting a safety culture

Another theme that emerged from the data analysis was 'Strategies for promoting safety culture', which encompasses two categories 'Managers' commitment to safety' and 'Promotion of effective communication'.

3.2.1 | Commitment of managers to safety

The category 'Commitment of managers to safety' comprises the following subcategories: 'Investment in the training of professionals', 'Improvement of working conditions' and 'Error recognition as a learning opportunity'.

All the nurse-midwives mentioned that the health institution needs to invest in the training of professionals; all should have training hours, particularly in the area of communication, and potentiate the personal investment made by nurses in the different areas:

(...) talk about communication strategies, how to communicate, how to use language, what terms to use in this situation (...). All professionals should have a number of hours of training on this topic and we don't have it. E1.1

It should be put to the consideration of the team, the distribution of work according to the areas of investments of nurses, so people would feel more involved in these processes. E2.2

Some nurse-midwives mentioned that service managers should encourage the discussion of the error, which is a reality in healthcare and has a predominantly negative connotation. This discussion should be worked on in an interprofessional team, from a learning perspective, as they mentioned:

Everyone makes mistakes at one point, the important thing is to admit the mistake, acknowledge it and learn from it. E2.1

It is fundamental that we learn from our mistakes and discuss them as a team, (...) many times, they put at

risk or endanger the life of the person we are caring for (...). E1.1

All participants considered it important to improve working conditions for the safety and quality of care, stressing that it is necessary to improve the allocation of professionals, to carry out integrations suitable for each unit, to allow for stability in the teams in order to foster a sense of belonging and commitment and to value the nurses' role:

(...) improve the allocations of professionals. E2.2

(...) we need stability, stability of not having this rotativity. E2.7

Integrations should be appropriate to each location and take the professional into account. E2.6

3.2.2 | Promoting effective communication

All participants expressed that communication is essential for the safety and quality of care, being particularly essential the 'Optimization of interprofessional communication', the 'Development of intra- and interpersonal communication skills', 'Mastery of conflict management' and 'Transformational leadership'.

If we had clear and objective communication, making the so-called recommended briefing, we would improve practices E2.5

(...) Time for reflection (...) should be exercised more in professional groups so that all professionals are more aware of not speeding up aspects that are fundamental for the safety of women (...) and professionals. E1.6

We need to bring the teams together. We must reflect on honesty and clarity of communication because we are all for the same purpose, and no one would feel diminished. E2.2

Nurse-midwives also expressed that it is fundamental for professionals to have self-knowledge, self-control and an ability to listen to others without judgement, so that communication happens in a fruitful way:

The communication from the other elements to me is very important for the safety of the patients. E1.4

You have to have a self-awareness, a self-control, have a proper posture in the workplace. E1.5

We should develop more ability to listen to the other person, without making judgments. E2.3

With regard to the subcategory 'Conflict management skills', the participants mentioned that it is crucial to manage conflicts on a daily basis and that it is essential to have characteristics that facilitate conflict management, such as assertiveness, honesty, self-control in the face of stress and fatigue, arising from the professional context, as evidenced in the speeches:

Assertiveness, being upfront, talking eye to eye, honesty is all-important in managing these conflicts. E1.4

Conflict management, requires daily work because of the way health services are currently organized and functioning. E1.1

In conflict management, the external environment, stress, fatigue also complicates conflict management, it also has a lot to do with the person's own personality (...) E2.6

The nurse-midwives also mentioned the issue of leadership, emphasizing a transformational leader, one who promotes a facilitating environment, who motivates by example and who influences employees through their interpersonal skills:

I recognize that in the team there are leaders and that they are capable, that's why in certain shifts, things all run and flow normally (...) E1.6

A leader ends up getting employees to do what is intended without them realizing it. E1.2

There are people who have an innate ability to motivate others to follow certain ideas and when these people are in the groups, they achieve this (...) E1.3.

4 | DISCUSSION

4.1 | Barriers to promoting a safety culture

The interaction between nurse-midwives provided by the focus group technique made it possible to understand their perception of safety culture in the health institution. In particular, the participants identified several barriers to promoting a safety culture, as well as strategies for promoting safe and quality care.

The nurse-midwives in this study consider that there is ineffective communication in healthcare teams that motivate the occurrence of adverse events in midwifery. Problematic areas were identified in teamwork, particularly between doctors and nurse-midwives.

Behruzi et al. (2017) also identified poor interprofessional communication between nurse-midwives and obstetricians as a potential source of conflict due to different patient care philosophies and working styles. Conflicts at work, difficulties in understanding the other's role, do not favour teamwork and influence the way interprofessional communication is established (Petry & Diniz, 2020). The persistence of hierarchical practices between different professionals influences how interprofessional communication is established (Claramita et al., 2019). High-complexity midwifery units create hierarchies around specialization, in which doctors and nurse-midwives do not make the most of each other's competencies (Liberati et al., 2021).

The interface between professional groups and between peers needs a high commitment and accurate transmission of information, and the moments of transition of care require a structured process by which information is transmitted, which is being implemented in institutional terms but with weaknesses. According to the study participants, this process does not consider the units' specificities, articulates with a complex and non-intuitive computerized system and compromises the continuity and safety of care. This aspect is reinforced by an American study in which participants reported that the information and coordination systems do not allow for adequate functioning and are recognized as a significant threat to safety (Liberati et al., 2021).

As shift changeover is one of the essential moments for learning and continuity of care, as mentioned by the nurse managers in the study of Fassarella et al. (2021), shift handover should be included in training to promote staff motivation and awareness of potential risks of short, inaccurate or incomplete handovers, often aggravated by lack of time and reduced human resources (Rickard et al., 2022). The same author mentioned in his study that professionals advocate for standardized guidelines and protocols, applying tools such as ISBAR (introduction, situation, background, assessment and recommendation), for efficient communication and reduction of adverse events because they consider that it will improve the quality and content of handover moments in the maternity ward (Rickard et al., 2022).

The whole communication process is affected by the instability in nursing teams. Based on the participants' discourse, this instability is related to the nurses' rotation between units, inadequate integration processes and insufficient professional experience. The rapid change of nurses between units was also identified in the study of Schmiedhofer et al. (2021), not only because the training of recent professionals consumes resources but because integration into interprofessional teams is challenging. High staff rotation rates were also a challenge mentioned in one of the studies with professionals from six American maternity hospitals, with these rates hindering the ability of team members to form stable relationships, mutual trust and shared expectations about each other's role and skills (Liberati et al., 2021). Also, in a European study, nurses and midwives were not informed in a timely manner about changes that might affect their work (Ribeliéné et al., 2022).

Any change in a workplace can be disruptive and lead to positive and negative cultural changes (Catling & Rossiter, 2020). This aspect

is not taken into account by the managers of healthcare institutions, as emphasized by the participants in the focus groups when they discussed the mobilizations of nurse-midwives; the uniqueness of each professional and the differentiation of care in each unit are not respected in order to achieve the desired rigour and demand in the services. The capacity pressures in terms of nurse-midwives in the units do not allow opportunities for learning, and safe practice standards may remain confusing for some team members, particularly for new staff (Liberati et al., 2021). Insufficient professional experience regarding the specificities of each unit is also reported by participants as a factor of insecurity, fear and causing attrition among colleagues. These data are corroborated in the study of Rönnerhag et al. (2019), which mentions that the discrepancies between the professionals' knowledge, behaviours and skills, affect the team's performance and, consequently, the safety of care.

Promoting a safety culture should be everyone's co-responsibility and priority, especially for those professionals holding leadership positions in the institutional hierarchy. If managers are not committed to promoting a safety culture, health professionals will hardly feel committed and responsible for patient safety (Carmo et al., 2020). The study participants mentioned that management is unable to promote effective strategies to meet the numerous challenges that arise on a daily basis and pointed out as weaknesses the lack of investment in training and a devaluation of professional skills, which can be explained by the scarce human resources. Also, in an Australian study in midwifery units, all participants described limited support from the organization and managers to change workplace practices for the benefit of women and babies, reporting that the lack of leadership significantly affects the involvement of professionals (Catling & Rossiter, 2020). Another study in an obstetrics and gynaecology unit mentions the insufficient number of staff in the units with the need for them to work overtime (Ribeliéné et al., 2022). This work overload can lead to stress and limited vision when midwives must simultaneously care for several women (Skoogh et al., 2022). According to Amiri (2020), sufficient numbers of midwives and nurses are crucial for the sustained safety of women during childbirth, and workloads above the level considered adequate can increase the likelihood of safety incidents occurring between 8% and 34%. Organizations with insufficient staff face various consequences, such as work overload, burnout and insomnia, leading to lower quality of maternal care (Akbari et al., 2017).

In addition to scarce human resources, the participants in this study stated that there is a devaluation of their professional skills, results in line with a European study, which evidenced that half of the nurses and midwives believed that their bosses did not value their efforts (Ribeliéné et al., 2022). Midwives describe their working environments as unfavourable, feeling undervalued by managers and having limited access to professional development opportunities (Harvie et al., 2019).

A national study found that managers in their services have the minimum conditions for implementing an effective safety culture and, when it does not exist, they try to promote strategies for the cultural maturity of the team (Fassarella et al., 2021). However,

according to the nurse-midwives' comments, we can say that the maturity level of safety culture is still far from the generating/constructive culture—considered a high level of maturity according to Hudson (2003). Instead, there is a reactive culture, in which there is still an attempt to identify the culprit of the error and to remedy the situation without identifying the root cause of the problem.

The study participants consider that the error is still seen with a punitive character, and they feel the fear of punishment, have difficulty admitting their failures and consider that it is easy to identify the professional in the notification system. It is noteworthy that the results of this study are corroborated by a Norwegian study in obstetric units that reveals the existence of a blame culture, which holds the professional responsible, disregarding the systemic factors involved in the occurrence of an error (Johansen et al., 2021).

Underreporting is also a reality pointed out by the study participants, who mostly do not report events because they are not used to reporting, it is not part of their culture, and some are unaware of the procedures to be performed. A study in 12 obstetric units in Norway reports that only a very small fraction of serious adverse obstetric events were reported internally in the internal quality assurance system itself, because these units do not have a traditional culture of reporting and learning about serious events (Johansen et al., 2021).

Another reason for underreporting, as noted by the professionals, is the fact that there is no feedback on the errors, a result corroborated by the international study of Carmo et al. (2020), which shows that the different professionals have little feedback on the process of conducting reported errors. An aspect in contrast to the known benefits of transparent reporting and appropriate analysis of adverse events, which are a prerequisite for learning, risk management and increasing the reporting culture (Johansen et al., 2021). Too little time is spent analysing data in a way that is used for learning and can reliably and consistently improve patient safety (World Health Organization, 2020).

4.2 | Strategies for promoting a safety culture

The nurse-midwives in the focus groups mentioned that managers need to recognize errors as a learning opportunity; learning from mistakes and discussing them in the team is essential. There must be an authentic commitment to learning from risky situations and using this learning to drive improvements in an integrated perspective instituted by the whole multi-professional team for a fairer culture (Liberati et al., 2021).

The commitment of managers should focus on promoting greater investment in the training of professionals and better working conditions and strategies identified by the participants. Today, the importance is recognized for training healthcare professionals in safety principles and concepts and strengthening their skills in this area, according to the complexities of the system and the demands of specialized care. Furthermore, the knowledge and skills on patient safety culture, acquired through continuous and repeated staff training, established and supported by the hospital management,

allow prevention of errors and contribute to a more objective approach to the incidents that occur (Schmiedhofer et al., 2021).

The focus groups also discussed the importance of effective communication to improve practices. Self-awareness, self-control, the ability to listen to the others without judgement, assertiveness and respect are characteristics mentioned by the nurses in the study that allow for efficient teamwork and adequate conflict management. Develop intrapersonal communication involves an individual's communication with themselves and their understanding of their own feelings (Littlejohn & Foss, 2011) and influences self-esteem, self-confidence and interpersonal communication behaviours (Rogers, 2010).

Relationships based on trust and respectful communication between team professionals make decision-making more efficient and accurate (Rönnerhag et al., 2019). It is also essential to optimize interprofessional communication, strengthening relationships, providing moments of sharing through meetings, regular discussions of clinical cases, as a possibility of reprocessing errors and enhancing the safety culture. The debriefing of conflict situations and communication training facilitate safe communication, contributing to organizational safety (Schmiedhofer et al., 2021).

In a study by Rönnerhag et al. (2019), professionals suggested quality strategies such as communication training, moments of reflection on the interpretation of standards, clarification of responsibilities, teamwork and role attribution. The nurses in the study reinforced the role of leaders in the team as paramount, with this role not necessarily being assigned to the unit managers but to the elements who stand out and are recognized by the team as elements who motivate others, manage critical situations and master conflicts. This is consistent with the characteristics of leaders identified in another study, which defines leader as a competent professional who develops leadership behaviours over time, based on work experience, setting an example, motivating and inspiring colleagues to act and always focusing on improving the quality of care (Bahman-van Ooijen et al., 2022). This leader's commitment assumes a transformational leadership process that allows the team's interests to be developed, taking into account common purposes (Ree & Wiig, 2020).

There is a need for a new generation of patient safety leaders who are qualified to create the needed conditions and organizational and team cultures, ensuring that all systems and procedures meet the highest standards of care (World Health Organization, 2020).

This study will give greater relevance to the promotion of a more constructive and participatory organizational culture, moving towards a higher level of maturity regarding security culture, in which safety measures become intrinsic to the daily practice of all professionals, so that problems can be anticipated and strategies found to control risk. This study highlights the importance of investing in the training of nurses in order to ensure the implementation of knowledge-based practices.

This research brings important contributions to the awareness about the safety culture in midwifery units, which can serve as a basis for the design of interventions that ensure safe nursing care, pointing to the need for committed hospital management, managers,

leaders, nurse-midwives, in the establishment of improvement procedures that ensure safe maternal and neonatal care.

Safety culture is considered an important structural component of units, so the safety of patients, healthcare professionals and the environment in which care is provided must be considered a priority for the management of healthcare organizations in order to achieve gains in efficient and effective healthcare.

It is essential that we continue to explore this issue of safety culture after the implementation of corrective measures in the context of midwifery units. We are currently outlining improvement proposals for safety promotion in maternal and obstetric health, with the aim of promoting interventions to restore existing vulnerabilities and improve the quality of maternal and obstetric healthcare. It would provide added value to conduct focus group sessions again after a few months to explore whether the same weaknesses remain in the midwifery units or whether interventions have been made to ensure safe maternal and newborn care.

Future research is urgently needed to involve patients/families in understanding the relevance of the concept of safety culture, as well as to stimulate global actions for the successful implementation of interventions and, consequently, results with more quality and significance in the obstetric area. We suggest that more qualitative studies should be conducted to uncover this theme of safety culture in other midwifery settings nationwide.

4.3 | Limitations

As limitations of this study, we identified that the guiding script for the *focus groups* was not checked in a pretest, transcripts were not returned to participants for comments and/or corrections and the focus groups were conducted online, which may have conditioned the moderator and observer's interpretation of the moments of silence and some non-verbal expressions.

Because the study was limited to a small sample of 13 nurse-midwives, conclusions can be drawn but they are limited to the population in two maternity hospitals in the central region of Portugal.

Although the objective of this study was 'To explore nurse-midwives' perceptions of safety culture in maternity hospitals' in general; however, the COVID 19 pandemic was a very recent memory and conditioned some of the nurse-midwives' discourses, and therefore we can consider this aspect as a limitation of the study.

5 | CONCLUSION

This study prioritized the interaction between nurse-midwives, facilitating the exploration and clarification of their points of view, producing information and insights, identifying barriers to promoting a safety culture and facilitating strategies for a safety culture in maternity hospitals. From the nurse-midwives' perspective, the safety culture in maternity hospitals is compromised by ineffective communication, team instability, insufficient number of nurses, a

punitive culture and underreporting of adverse events, with no room for learning from mistakes.

The nurse-midwives highlighted the need for interventions at the institutional level to promote safe care, where managers understand the current relevance of women's safety, facilitate and encourage the professionals' training, provide adequate working conditions, develop a fairer safety culture and encourage error reporting and learning from errors. Some strategies for enhancing institutional safety culture, from the viewpoint of nurse-midwives, include investing in transformational leaders who can facilitate better conflict management and promote optimization of interprofessional skills, as well as intra and interpersonal communication skills.

6 | SUMMARY STATEMENT

What already is known:

- In obstetric care units, each intervention can involve a double risk of maternal and fetal morbidity and mortality.
- A low patient safety culture index can lead to potentially preventable adverse events, resulting in disbelief among organizations and healthcare professionals.
- Understanding professionals' perceptions of safety culture drives the implementation of improvement interventions in the area of maternal and newborn care.

What this paper adds:

- Nurse midwives have a perception of the high-risk nature of the provision of specialized care in maternity hospitals.
- A punitive culture towards errors prevails in maternity hospitals and, consequently, there is underreporting of adverse events.
- The safety culture in maternity hospitals is compromised by ineffective communication, team instability, and insufficient allocation of nurse midwives.

Implications for practice/policy:

- Increased awareness of obstetric nurses and managers about vulnerable areas of safety culture.
- Implementation of effective changes for safe maternal and newborn care, while also providing safe working conditions for health professionals.
- Developing a fairer safety culture, reporting and learning from mistakes, promoting the training of professionals.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

All authors have agreed on the final version and meet at least one of the following criteria (recommended by the ICMJE*): (1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data or analysis and interpretation of data and (2) drafting the article or revising it

critically for important intellectual content. *<http://www.icmje.org/recommendations/>.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank all nurse-midwives for their participation in this study, as well as the representatives of the Hospital and University Centre in Portugal for allowing the study.

FUNDING INFORMATION

No funding was received for this study.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors of this manuscript declare no competing interests.

PEER REVIEW

The peer review history for this article is available at <https://www.webofscience.com/api/gateway/wos/peer-review/10.1111/jan.15969>.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The datasets generated during and/or analysed during the current study may be made available by the corresponding author.

ORCID

Cláudia Patrícia da Costa Brás  <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo  <https://orcid.org/0000-0003-0329-0325>

Manuela Maria Conceição Ferreira  <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

REFERENCES

- Akbari, N., Malek, M., Ebrahimi, P., Haghani, H., & Aazami, S. (2017). Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam Province, Iran: A census survey using HSOPSC tool. *Pan African Medical Journal*, 27, 268. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.268.9776>
- Amiri, A. (2020). Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: Evidence from obstetric trauma in OECD countries. *Applied Nursing Research*, 56, 151343. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>
- Aouicha, W., Tlili, M. A., Sahli, J., Mtiraoui, A., Ajmi, T., Said Latiri, H., Chelbi, S., Ben Rejeb, M., & Mallouli, M. (2022). Patient safety culture as perceived by operating room professionals: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 799. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08175-z>
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Remon, C., Limon-Ramirez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Sarabia, O., García-Corcuera, L. V., Terol-García, E., Agra-Varela, Y., Gonseth-García, J., Bates, D. W., Larizgoitia, I., & IBEAS team. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Quality and Safety*, 20(12), 1043–1051. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>
- Bahlman-van Ooijen, W., van Belle, E., Bank, A., de Man-Van Ginkel, J., Huisman-de Waal, G., & Heinen, M. (2022). Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 1044–1055. <https://doi.org/10.1111/jan.15329>
- Barbour, R. S. (2018). *Doing focus groups* (2th ed.). SAGE Publications Ltd.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (4a edição revista). Edições 70.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Varela, V. (2015). *Pocket book for nurses specialized in maternal and obstetric health*. Order of Nurses. Retrieved February 4, 2023, from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V., & Hatem, M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: A case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>
- Brás, C. P. D. C., Ferreira, M. M. C., de Figueiredo, M. D. C. A. B., & Duarte, J. C. (2023). Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3837. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
- Canadian Patient Safety Institute. (2020). *The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions* (2nd ed.). Canadian Patient Safety Institute. www.patientsafetyinstitute.ca
- Carmo, J. M. A. D., Mendoza, I. Y. Q., Goveia, V. R., Souza, K. V., Manzo, B. F., & Guimarães, G. L. (2020). Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190576. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
- Catling, C., & Rossiter, C. (2020). Midwifery workplace culture in Australia: A national survey of midwives. *Women and Birth*, 33(5), 464–472. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.008>
- Claramita, M., Riskiyana, R., Susilo, A. P., Huriyati, E., Wahyuningsih, M. S. H., & Norcini, J. J. (2019). Interprofessional communication in a socio-hierarchical culture: Development of the TRI-O guide. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 191–204. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S196873>
- Famolaro, T., Hare, R., Yount, N., Fan, L., Liu, H., & Sorra, J. (2021). *Surveys on patient safety culture—Hospital survey 1.0:2021 user database report*. Agency of Healthcare Research in Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-1.pdf>
- Fassarella, C. S., Guirra, L. D. A., Silva, M. J. D. R., Silva, C. P. R., & Barbieri-Figueiredo, M. D. C. (2021). Qualitative approach to safety culture: A view from nurse managers. *Millenium—Journal of Education Technologies and Health*, 2(17), 21–29. <https://doi.org/10.29352/mill0217.20811>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications Ltd.
- Granel-Giménez, N., Palmieri, P. A., Watson-Badia, C. E., Gómez-Ibáñez, R., Leyva-Moral, J. M., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2022). Patient safety culture in European hospitals: A comparative mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
- Harvie, K., Sidebotham, M., & Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, 32(6), e584–e593. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality and Safety in Health Care*, 12 Suppl 1, i7–i12. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7
- Johansen, L. T., Braut, G. S., Acharya, G., Andresen, J. F., & Øian, P. (2021). Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: An analysis

- of practice. *BMC Health Services Research*, 21(1), 931. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06956-6>
- Krippendorff, K. (2019). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). Sage Publications, Inc.
- Krueger, R. A., & Casey, A. M. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Liberati, E. G., Tarrant, C., Willars, J., Draycott, T., Winter, C., Kuberska, K., Paton, A., Marjanovic, S., Leach, B., Lichten, C., Hocking, L., Ball, S., & Dixon-Woods, M. (2021). Seven features of safety in maternity units: A framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Quality & Safety*, 30(6), 444–456. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010988>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 9, pp. 438–439). SAGE Publications.
- Littlejohn, S. W., & Foss, K. A. (2011). *Theories of human communication* (10th ed.). Waveland Press, Inc.
- Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/39517/ssoar-2014-mayring-Qualitative_content_analysis_theoretical_foundation.pdf
- Morgan, D. L. (2018). *Basic and advanced focus groups*. SAGE Publications, Inc.
- Petry, L., & Diniz, M. B. C. (2020). Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene*, 21, e43080. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>
- Ree, E., & Wiig, S. (2020). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*, 7(1), 256–264. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>
- Ribelienė, J., Macijauskienė, J., Tamelienė, R., Kudrevičienė, A., Nedzelskienė, I., & Blaževičienė, A. (2022). Factors relating to a safety culture in the university perinatal center: The Nurses' and Midwives' perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9845. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169845>
- Rickard, F., Lu, F., Gustafsson, L., MacArthur, C., Cummins, C., Coker, I., Wilson, A., Mane, K., Manneh, K., & Manaseki-Holland, S. (2022). Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, The Gambia: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 784. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>
- Rodríguez-García, M. C., Martos-López, I. M., Casas-López, G., Márquez-Hernández, V. V., Aguilera-Manrique, G., & Gutiérrez-Puertas, L. (2022). Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. *Women Birth*, 36(1), e10–e16. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.002>
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais.
- Rönnerhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2019). A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 585–593. <https://doi.org/10.1111/jan.13864>
- Schmiedhofer, M., Derksen, C., Keller, F. M., Dietl, J. E., Häussler, F., Strametz, R., Koester-Steinebach, I., & Lippke, S. (2021). Barriers and facilitators of safe communication in obstetrics: Results from qualitative interviews with physicians, midwives and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030915>
- Silva, P. L., Gouveia, M. T. D. O., Magalhães, R. L. D. B., Borges, B. V. D. S., Rocha, R. C., & Guimarães, T. M. M. (2020). Patient safety culture from the perspective of the nursing team in a public maternity hospital. *Enfermería Global*, 60, 440–451. <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>
- Skoogh, A., Bååth, C., & Hall-Lord, M. L. (2022). Healthcare professionals' perceptions of patient safety culture and teamwork in intrapartum care: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 820. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08145-5>
- The Joint Commission. (2004). Preventing infant death and injury during delivery—Sentinel event alert. Retrieved February 4, 2023. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_30.pdf
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torgal, A. L., Moura, A., Madruga, C., Cerejeira, I., Miranda, L., Santana, S., et al. (2017). Obstetrics and gynecology screening—Priorities. Order of Nurses. Retrieved February 4, 2023. https://www.ordem.enfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/TriagemObstetrica2017_vf.pdf
- Vinagre, T., & Marques, R. (2018). Safety culture in the context of operating room: Nurses' perception regarding notification of errors/adverse events. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(3), 40. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n3p40>
- World Health Organization. (2015). WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>
- World Health Organization. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>
- World Health Organization. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2020). Global patient safety action plan 2021–2030 towards zero patient harm in health care. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
- World Health Organization. (2021). World patient safety day goals 2021–2022: Safe maternal and newborn care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345254/9789240035584-eng.pdf?sequence=1>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

How to cite this article: Brás, C. P. d. C., Figueiredo, M. d. C. A. B., & Ferreira, M. M. C. (2023). Safety culture in maternity hospital: Perception of nurse-midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–15. <https://doi.org/10.1111/jan.15969>

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. JAN contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. JAN publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit JAN on the Wiley Online Library website: www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan

Reasons to publish your work in JAN:

- High-impact forum: the world's most cited nursing journal, with an Impact Factor of 2.561 – ranked 6/123 in the 2019 ISI Journal Citation Reports © (Nursing; Social Science).
- Most read nursing journal in the world: over 3 million articles downloaded online per year and accessible in over 10,000 libraries worldwide (including over 6,000 in developing countries with free or low cost access).
- Fast and easy online submission: online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.
- Positive publishing experience: rapid double-blind peer review with constructive feedback.
- Rapid online publication in five weeks: average time from final manuscript arriving in production to online publication.
- Online Open: the option to pay to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication on Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your own or your funding agency's preferred archive (e.g. PubMed).

CAPÍTULO 4

SINTESE INTEGRATIVA DOS ESTUDOS

Este trabalho teve como propósito avaliar a cultura de segurança de uma instituição hospitalar e de forma particular a cultura de segurança nas maternidades, compreendendo os fatores que a influenciam, com o intuito de promover intervenções que permitam restabelecer as vulnerabilidades existentes e melhorar a qualidade da assistência em saúde materna e obstétrica.

Para atingir estes objetivos, identificaram-se as dimensões determinantes da cultura de segurança do doente, dimensões potenciadoras e problemáticas, através do instrumento HSOPSC e identificaram-se a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança. Tendo em consideração a área de especialização do investigador, foi propósito caracterizar a cultura de segurança nas unidades de obstetrícia e posteriormente compreender as perceções dos enfermeiros obstetras, no que respeita aos fatores que influenciam a cultura de segurança com recurso a grupos focais. Acessoriamente, procedeu-se à construção e validação de instrumentos de avaliação com relevância para o estudo das competências de comunicação que influenciam a segurança do doente.

“Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros”

O primeiro estudo com o título “Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros” de abordagem quantitativa, foi publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem (Brás et al., 2023). O estudo foi realizado num centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal. A amostra foi constituída por 360 enfermeiros com uma média de idades de 42 anos, e uma média de 19 anos de experiência profissional. Possuem em média 11 anos de experiência profissional no serviço atual e uma média de 16 anos de exercício profissional no centro hospitalar e universitário da região centro do País, dados que nos permitem afirmar que os enfermeiros já têm um conhecimento aprofundado acerca da instituição de saúde e da unidade onde efetuam prestação de cuidados, estando aptos a efetuar uma avaliação da cultura de segurança do doente de forma consistente. Sabemos que à medida que os anos de experiência dos enfermeiros aumentam, a perceção geral da segurança do doente aumenta progressivamente (Kakemam et al., 2022). Os enfermeiros são maioritariamente do sexo feminino (82,8%), casados ou em união de facto (63,6%), predominantemente detêm como habilitações académicas a Licenciatura em Enfermagem (78,6%), 38,3% possuem o título profissional de enfermeiro especialista.

A supremacia do sexo feminino na profissão de enfermagem, é um dado corroborado pelo anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros de 2020, que referencia que na região centro

(80,6%) dos enfermeiros, são do sexo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2020). A taxa feminização é de 83,5% nos profissionais de enfermagem, o que representa uma percentagem bastante superior à taxa de feminização global do Ministério da Saúde (76,5%) (Ministério da Saúde, 2018). Este relatório, também menciona que a média de idades dos enfermeiros se situa nos 41 anos, sendo o grupo profissional que apresenta a menor média de idades em relação a outros grupos profissionais. Cerca de 82% os enfermeiros são detentores de grau académico igual ou superior a licenciado. De acordo com anuário estatístico da Ordem dos Enfermeiros de 2020, somente 28,0% dos enfermeiros possui o título profissional de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Neste primeiro estudo, foram identificadas as dimensões potenciadoras e críticas relativas à cultura de segurança do doente, através de uma amostra de conveniência, para podermos efetuar uma comparação da cultura de segurança a nível nacional e internacional. As características psicométricas do HSOPSC, avaliadas neste primeiro estudo, permitem-nos assegurar que este instrumento avalia de forma consistente a cultura de segurança do doente na nossa amostra, fornecendo uma estrutura adequada para o que se pretende medir. Os resultados ressaltam, que nenhuma das dimensões foi considerada com uma dimensão forte da cultura de segurança, no entanto, as dimensões “trabalho em equipa dentro das unidades”, “expectativas do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente” e “feedback e comunicação sobre o erro”, pelos valores próximos da percentagem de 75%, definida pelos autores da escala, podem ser consideradas como dimensões que poderão potenciar a cultura de segurança na instituição de saúde. Todavia, todas as dimensões neste estudo apresentam resultados abaixo da percentagem média positiva, comparativamente aos resultados das dimensões do Banco de Dados Internacional de Pesquisa Hospitalar da AHRQ concluindo que todas as dimensões da cultura de segurança devem ser consideradas como oportunidades de melhoria (Famolaro et al., 2021).

Destacamos cinco dimensões mais problemáticas da cultura de segurança, com valores médios positivos abaixo dos 40%: a resposta ao erro não punitiva; a frequência da notificação de eventos; o apoio à segurança pela gestão; a dotação de profissionais e o trabalho em equipa entre unidades. A subnotificação, uma cultura punitiva e a dotação insuficiente de profissionais, ainda predominam nas instituições de saúde e são uma realidade transversal a nível nacional, não diferindo também de alguns dados internacionais (Eiras, 2021). Segundo a OMS, uma cultura baseada na culpa, acabará por tornar-se uma cultura insegura e por isso são necessários gestores que criem culturas organizacionais e de equipa justas e efetivas para garantir altos padrões de qualidade de cuidados (World Health Organization, 2020). Porém, o apoio à segurança pela gestão neste

estudo, obteve uma média positiva baixa, evidenciando que os enfermeiros, consideram que permanece pouco comprometimento da direção hospitalar com a segurança do doente e somente é prioridade esta temática quando acontece algum incidente de segurança. Este não comprometimento, revela-se na reduzida dotação de enfermeiros para responder ao trabalho que é exigido e a uma diminuta coordenação entre unidades da instituição hospitalar.

Destacamos ainda, que a experiência profissional permite uma percepção positiva da cultura de segurança nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente”, “aprendizagem organizacional - melhoria contínua”, “apoio à segurança do doente pela gestão” e “percepções gerais sobre a segurança do doente”. Isto sugere-nos, que os enfermeiros com mais tempo profissional, assumem que são tidas em conta as suas sugestões para efetuar mudanças no sentido de uma melhoria da segurança do doente, reconhecem o papel do supervisor na promoção da segurança do doente e a suas influências nos valores e comportamentos dos elementos da equipa. A experiência profissional também permite aos enfermeiros serem mais propensos a detetar incidentes de segurança e a considerarem os procedimentos e sistemas, como uma mais valia para a prevenção dos erros.

Verificámos neste primeiro estudo, que os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, manifestaram uma percepção menos positiva nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente”, “apoio à segurança do doente pela gestão” e “resposta ao erro não punitiva” comparados com os enfermeiros de outras áreas de especialização em Enfermagem, pelo que decidimos efetuar a avaliação da cultura de segurança só com a amostra de Enfermeiros especialistas das duas maternidades de um centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal.

“Cultura de Segurança na Prática Clínica dos Enfermeiros Obstetras”

Neste segundo estudo publicado na Revista Texto & Contexto Enfermagem (Brás et al., 2023), analisaram-se os dados do HSOPSC com 70 Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e verificámos que a dimensão trabalho em equipa destacou-se como um fator potenciador da cultura de segurança, obtendo uma percentagem média positiva de 78%. Porém, ainda continuamos aquém dos valores do Banco de Dados Internacional de Pesquisa Hospitalar da AHRQ que nos remete para percentagens médias nesta dimensão de 82% (Famolaro et al., 2021). Identificaram-se similitudes de percentagens médias de avaliação nalgumas dimensões da cultura de segurança com o primeiro estudo, no que se refere à existência de uma cultura punitiva, à subnotificação de eventos adversos, à dotação insuficiente de profissionais, a um diminuto

apoio da direção hospitalar, à falta de coordenação entre unidades e lacunas nos procedimentos e sistemas capazes de prevenir os erros. Estas áreas problemáticas alcançaram percentagens médias positivas inferiores a 50% (Sorra & Nieva, 2004).

As dimensões: expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente, aprendizagem organizacional, feedback e comunicação sobre o erro, abertura na comunicação e transferências e transições hospitalares apesar de apresentarem resultados quantitativos superiores a 50%, devem ser consideradas dimensões que necessitam de algumas mudanças para se atingir um grau de segurança muito bom a excelente, nestas instituições de assistência obstétrica.

Neste segundo estudo, 24,3% dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica avaliou o grau de segurança como fraco ou muito fraco e 40,0% como aceitável. Quando falamos de segurança em instituições de saúde de assistência obstétrica, não podemos admitir, que o grau de segurança seja fraco ou aceitável. Apesar da complexidade da temática da cultura de segurança, quisemos explorar melhor este fenómeno, partindo para um estudo de abordagem qualitativa.

“Safety Culture in Maternity Hospital: perception of nurse midwives”

Esta abordagem qualitativa, permitiu aprofundar o conhecimento sobre a temática para além das quantificações estatísticas fornecidas pelo HSOPSC, dando origem a um quinto estudo publicado no *Journal of Advanced Nursing* (Brás et al., 2023).

Através da utilização de grupos focais, conseguimos compreender as perspetivas, ideias e opiniões dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, acerca da cultura de segurança na organização de saúde de assistência obstétrica, estimulando-os a uma dinâmica de interação, que permitiu ampliar a base de conhecimentos existentes por parte do investigador.

A amostra que participou no estudo qualitativo foi constituída por 13 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e permitiu compreender, que os pontos críticos da cultura de segurança no contexto das maternidades, se mantêm muito similares ao primeiro e segundo estudos quantitativos, mas dando-nos acesso a informações mais pormenorizada acerca das barreiras que explicam a fragilidade de algumas dimensões nesta área de cuidados de enfermagem especializados.

Apesar do trabalho em equipa ser considerado como um fator potenciador da cultura de segurança no estudo dois, os enfermeiros consideram que existe uma instabilidade nas equipas de enfermagem, pela rotatividade constante entre unidades, com processos de integração rápidos, não permitindo uma experiência profissional suficiente tendo em conta as exigências de cuidados especializados. Com toda esta conjuntura, a comunicação

interprofissional segundo os participantes dos grupos focais, também é afetada, porque depende muito do trabalho em equipa, respeito, confiança, apoio mútuo, práticas menos hierarquizadas, para que possa atingir a missão de prestar cuidados de qualidade. A comunicação interprofissional, é para estes enfermeiros simultaneamente uma oportunidade e um desafio, uma oportunidade para discutir problemas e encontrar soluções e um desafio porque os conflitos de relacionamento numa equipa multiprofissional são inevitáveis, quando existe um ambiente de insegurança, imposição de líderes, insatisfação, cansaço, acrescido da complexidade das atividades de prestação de cuidados especializados na área obstétrica.

A dimensão transferências e transições hospitalares não foi quantificada como uma área problemática nos resultados de avaliação quantitativa da cultura de segurança do estudo dois, no entanto, os resultados obtidos nos grupos focais, indicam-nos que não existe ainda uma implementação robusta dos processos de *handover*, baseados em ferramentas estruturadas, sabendo que a maioria dos incidentes ocorre devido a falhas de comunicação nos momentos de transição (Direção Geral da Saúde, 2017). Estes processos, constituem-se como uma prioridade estratégica, com necessidade de momentos de formação e treino, que permitam a efetiva implementação de ferramentas estruturadas nos momentos de transição (Joint Commission, 2017). Esta formação, tem de ser apoiada pela direção hospitalar e pelos gestores das instituições, e até ao momento os enfermeiros que participaram nos grupos focais, referem que a gestão não tem tido um papel ativo na organização e divulgação de formação na área da segurança do doente, particularmente na temática da comunicação.

É pertinente destacar o facto dos enfermeiros considerarem que não são reconhecidos nas suas competências, nem englobados no processo de tomada de decisão, trabalhando no limite das suas capacidades, pelo reduzido rácio de enfermeiros face ao número de utentes e complexidade das situações.

Na perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma cultura punitiva ainda é predominante nas maternidades, o erro ainda é visto como algo que merece punição. E esta cultura punitiva desencoraja a notificação de eventos adversos, dificultando a análise das causas e impedindo a aprendizagem a partir dos erros. Também não faz parte da cultura da instituição, o incentivo à notificação de erros, e esta circunstância está patente nos resultados do estudo dois, quando nos refere que 85,7% dos enfermeiros não notificou nenhum evento durante um ano. Os enfermeiros salientam, que não é hábito notificar e também existe um desconhecimento de como efetuar o processo de notificação.

Os participantes dos grupos focais, foram desafiados a sugerir estratégias de promoção da cultura de segurança e consideraram que, uma comunicação eficaz no contexto da prática

clínica, é fundamental para dar respostas efetivas e seguras às necessidades de cuidados às mulheres e recém-nascidos. Estas estratégias, implicam por parte dos enfermeiros um autoconhecimento, um autocontrole, uma capacidade de ouvir o outro, um comportamento assertivo, que lhe permitam gerir conflitos e promover uma comunicação efetiva, que deve ser otimizada com recurso a momentos de partilha, reuniões e atividades de fortalecimento de relação entre as equipas.

Alguns enfermeiros, apontam que a interação multiprofissional é influenciada pela liderança dos enfermeiros da prática clínica, aqueles enfermeiros que conseguem proporcionar um ambiente facilitador, que motivam pelo exemplo e influenciam colaboradores pelas suas habilidades interpessoais.

Foi abordado nos discursos dos enfermeiros obstetras, a necessidade dos gestores se comprometerem com as questões da segurança nas maternidades, reconhecendo o erro como uma situação que predispõe à aprendizagem e gera uma maior adesão para a notificação e identificação da causa dos mesmos. Apontaram como estratégias, uma gestão que proporcione melhores condições de trabalho, no que se refere às dotações seguras de profissionais, processos de integração nas unidades, estabilidade das equipas, fomentando sentimentos de pertença, compromisso e valorização do papel do enfermeiro. Também referenciado pelos enfermeiros obstetras, é o investimento na formação dos profissionais, uma componente integrante da qualidade da prestação de cuidados de saúde e que permite capacitá-los para a implementação efetiva de uma cultura de segurança no seu contexto profissional.

“Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in Nursing” e “Construção e validação da escala de comunicação interprofissional em saúde”

Avançámos também para a construção e validação de instrumentos de avaliação relacionados com a comunicação, que deram origem a dois estudos. O estudo 3 - “Construction and validation of the intrapersonal and interpersonal communication scale in Nursing”, aceite para publicação no *Journal of Nursing Measurement* e o estudo 4 - “Construção e validação da escala de comunicação interprofissional em saúde”, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (Brás et al., 2023). Enveredámos pela construção destes dois instrumentos, porque verificámos que o HSOPSC, não nos fornecia uma informação aprofundada sobre a dimensão da comunicação, quando promover uma comunicação eficaz é considerada a segunda meta internacional para segurança do doente, estabelecida pela Joint Commission International e considerada um dos pilares

que suporta o PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021; Joint Commission, 2022).

Apesar deste HSOPSC ser dotado de um grande potencial para identificar os fatores determinantes para a caracterização da cultura de segurança, a abordagem da comunicação, fica reduzida a itens que somente avaliam se os profissionais falam abertamente do que afeta a segurança do doente, se existe ou não feedback dos erros e discussão de formas de prevenção.

Os processos de comunicação no ambiente hospitalar são complexos, dinâmicos, pelas inúmeras intervenções de elevada complexidade, pelas diferentes equipas de profissionais (Petry & Diniz, 2020) e pela gestão que o profissional tem que fazer das suas próprias emoções e incertezas (Sequeira, 2016). Desta forma, a ECIE, composta por 21 itens, avalia quatro dimensões da comunicação intra e interpessoal: Autoeficácia, Empatia, Assertividade e Conhecimento de si mesmo, constituindo-se um instrumento robusto, pelo estudo das suas características psicométricas, possibilitando a auto e heteroavaliação de níveis de comunicação, que se constituem pilares fundamentais no cuidar em Enfermagem. As falhas de comunicação entre profissionais de saúde, representam uma ameaça significativa à qualidade dos cuidados e à segurança dos doentes, contribuindo para mais de metade de eventos sentinela (Umberfield et al., 2019). É necessária, mais consistência para avaliar a comunicação clínica de acordo com as necessidades e especificidades institucionais, possibilitando a identificação das potencialidades e fragilidades no sentido de se aprimorarem as habilidades comunicacionais (Bachmann et al., 2013). Por conseguinte, a comunicação interprofissional em contexto clínico é fundamental perante a necessidade de respostas seguras e efetivas na prestação de cuidados de saúde, sendo que a ECIPs constituída por 24 itens organizada em três dimensões: Trabalho em equipa, Gestão de conflitos e Liderança, constitui-se como um recurso valioso, para avaliação das competências de comunicação em equipas de saúde, de forma a construir interfaces colaborativas necessárias para convergir melhor na resposta aos desafios de saúde.

E para melhorar estas respostas aos desafios mais prementes, tendo em conta o grau de exigência dos cuidados em saúde, os contextos de imprevisibilidade e incerteza particularmente vividos com a pandemia COVID-19, é fundamental que as instituições e os profissionais assumam que os erros existem, mas que os erros, são consequências das fragilidades das instituições de saúde e não, porque existem atos intencionais dos profissionais para causar dano ao doente.

A disseminação destes resultados de investigação aos enfermeiros obstetras e gestores, permitirá fomentar o estabelecimento de áreas prioritárias para implementação de ações de mudança numa perspetiva interprofissional, que reverte em mudanças efetivas para a qualidade dos cuidados às mulheres, recém-nascidos e famílias.

Tendo em conta os resultados dos vários estudos efetuados e à luz da teoria do cuidar burocrático de Marilyn Ray, que nos apresenta uma visão diferente de como as organizações de saúde e as intervenções de enfermagem se interrelacionam como partes de um sistema complexo, desenhámos algumas linhas orientadoras para o desenvolvimento de uma cultura de segurança mais sustentada, na área da saúde materna e obstétrica, tendo também por base, o modelo estrutural de competências de segurança do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI), que iremos explicar no capítulo 6.

Limitações do estudo

Expressar as limitações de um estudo, permite definir os limites da pesquisa proporcionando maior rigor ao processo de investigação e é também uma oportunidade para futuras pesquisas.

Os investigadores foram mencionando as principais limitações nos diversos estudos apresentados em formato de artigo. No entanto, queremos reforçar, que uma das principais dificuldades do estudo, foi garantir a adesão voluntária dos enfermeiros ao preenchimento de questionários. No estudo quantitativo, apesar da taxa de adesão ao preenchimento do HSOPSC, ultrapassar a percentagem mínima segundo os critérios da AHRQ de Sorra et al. (2018), consoante os questionários entregues inicialmente, considerámos, que houve pouco envolvimento dos enfermeiros no preenchimento dos mesmos.

Constatámos que, a taxa de adesão dos profissionais à avaliação da cultura de segurança nos hospitais, também foi diminuta a nível nacional e se nos reportarmos aos hospitais da Administração Regional de Saúde do Centro temos uma taxa de adesão no ano de 2018 (20,7%) segundo Eiras (2018), estando muito aquém da meta proposta pelo PNSD 2015-2020, cuja proposta seria uma taxa de adesão $\geq 95\%$ (Direção-Geral de Saúde, 2020).

O investigador considera que seria relevante em investigações futuras, analisar a trajetória (*Path analysis*) das relações entre dimensões comunicacionais, que surgiram da construção das escalas com as dimensões da cultura de segurança do doente, de forma a construir um modelo de caminho causal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>

- Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3837. [Acess 5 1 2023]; Available in: www.scielo.br/rlae. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
- Brás CPC, Barbieri de Figueiredo MCA, Ferreira MMC. Cultura de segurança na prática clínica dos enfermeiros obstetras. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 5 2023 12]; 32:e20220330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0330pt>
- Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB. Construction and validity of the Interprofessional Communication in Health Scale. *Rev Bras Enferm*. 2023; 76(0):00-00. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República: 2.ª série, nº 187*. 2021–2026. <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transicao de cuidados de saúde. In *Departamento da Qualidade na Saúde: Norma nº1 DQS/DGS* (Norma nº 1).
- Direção-Geral de Saúde, D. da Q. na S. (2020). *Monitorização da Qualidade e Segurança*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-reuniao-dez-2019-pdf.aspx>
- Eiras, M. (2018). *Literacia para a segurança dos cuidados de saúde – projeto piloto*. https://docplayer.com.br/112664251-Literacia-para-a-seguranca-dos-cuidados-de-saude-projeto-piloto.html#google_vignette
- Eiras, M. (2021). Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 41–50). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Famolaro, T., Hare, R., Yount, N., Fan, L., Liu, H., & Sorra, J. (2021). *Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0:2021 user database report*. Agency of Healthcare Research in Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf>
- Joint Commission. (2017). Sentinel event (Issue 58, pp. 1–6). [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139)
- Joint Commission. (2022). *Hospital National Patient Safety Goals*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/simple_2022-hap-npsg-goals-101921.pdf
- Kakemam, E., Albelbeisi, A. H., Davoodabadi, S., Ghafari, M., Dehghandar, Z., & Raeissi, P. (2022). Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment,

- opportunities for improvement and benchmarking. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório social do ministério da saúde e do serviço nacional de saúde*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Anuário Estatístico 2020*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_AnuárioEstatisticos.pdf
- Petry, L., & Diniz, M. B. C. (2020). Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene*, 21, e43080. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2018). *Hospital survey on patient safety culture: user's guide*. Agency of Healthcare Research in Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *Agency of Healthcare Research in Quality N° 04-0041*. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/UserguideHSOPSC.pdf>
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using Incident Reports to Assess Communication Failures and Patient Outcomes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.006>
- World Health Organization. (2020). *Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care*. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4

CAPÍTULO 5

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NA ÁREA DA SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Os resultados obtidos na investigação quantitativa e qualitativa, possibilitaram um diagnóstico fundamentado da cultura de segurança nas maternidades, permitindo dar resposta ao objetivo estratégico 1.2. do PNSD 2021-2026, que preconiza a avaliação da cultura de segurança das instituições.

A reflexão sobre os resultados, que consideramos mais críticos, permitiram-nos formular propostas de intervenção para a promoção da segurança na área da saúde materna e obstétrica, tendo em conta que o PNSD 2021-2026 pretende no objetivo estratégico 1.2 - promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, com o desenvolvimento de cursos que façam parte de um plano de formação anual (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021, p. 99).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde já reconhecia, que os “profissionais de saúde estão submetidos a uma exigência de atualização de conhecimentos, que necessita do contributo de importantes esforços profissionais e institucionais, para enfrentarem o importante desafio de distinguirem os aspetos que têm que ser incorporados na prática clínica, na organização dos cuidados ou na gestão das instituições, à luz das melhores e mais recentes evidências científicas”(Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde, 2009, p. 24668).

Marilyn Ray defende, que a pesquisa é necessária para estabelecer firmemente a relação enfermeiro-doente como um recurso económico, num novo paradigma de prática baseada em evidências (Ray, 2005), considerando a educação como uma forma de assistência (Ray, 1987). O cuidar educacional na teoria do cuidar burocrático, envolve programas educacionais formais e informais, incluindo a formação do profissional de enfermagem numa visão integral do doente e do seu contexto (Ray, 1989).

No âmbito da formação, é imprescindível que as organizações de saúde garantam que todos os enfermeiros recebam formação em segurança do doente, como forma de garantir uma implementação sustentada no conhecimento das práticas de cuidados em segurança (World Health Organization, 2011).

Para projetar propostas de intervenções, baseámo-nos no quadro de competências de segurança do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI), no PNSD 2021-2026 e nas dimensões do cuidar de Marilyn Ray, que interagem dentro das organizações complexas e que influenciam as intervenções de enfermagem (Coffman, 2010). Na figura 6 apresentamos em forma de esquema, os desafios encontrados relativamente à segurança nas maternidades e estratégias a desenvolver, tendo em conta a avaliação da cultura de segurança e os dados que emergiram dos grupos focais.



Figura 6. Síntese dos resultados do estudo e propostas de intervenção para promoção da segurança na área da saúde materna e obstétrica

CULTURA DE SEGURANÇA

Os enfermeiros obstetras têm a percepção da natureza de alto risco da prestação de cuidados especializados nas maternidades, considerando que existe potencial de dano que resulta dos processos de prestação de cuidados altamente complexos, sendo por sorte, que erros mais graves não ocorrem nos serviços. Na cultura dos cuidados de saúde, Marilyn Ray afirmava, que os enfermeiros são desafiados a compreender os seus valores e crenças, dentro de complexos sistemas burocráticos técnicos, altamente medicalizados e economicamente orientados (Ray & Turkel, 2014).

Verificou-se nos discursos dos enfermeiros, que ainda prevalece na instituição de saúde, uma cultura punitiva face ao erro, demonstrando que existe receio em se manifestarem quando verificam a ocorrência de potenciais erros executados por si ou por outros profissionais.

Tendo em conta as ações preconizadas, para dar resposta ao objetivo estratégico 1.1 do PNSD 2021-2026 do pilar 1: Cultura de Segurança (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021), é possível organizar um módulo I de formação, efetuando sessões síncronas online, que permitem reduzir o impacto sobre os custos adicionais para as instituições, como refeições e aquisição de materiais de apoio, reduzir custos de viagem, nos tempos reduzidos de horário semanal dos enfermeiros. As estratégias podem passar por se focar em abordagens expositivas dialogadas, que preconizam momentos de questionamentos e reflexão sempre que possível, estabelecendo relações com o objeto de estudo e abordagens mais interativas, com dinâmicas de grupo, utilizando salas simultâneas online para divisão dos grupos. Este módulo, proporcionará aos enfermeiros obstetras um conhecimento mais aprofundado sobre as características fundamentais de uma cultura de segurança, de que forma as organizações podem ser consideradas de alta confiabilidade, descrever os elementos de uma cultura organizacional justa, que reconhece os erros como uma oportunidade de aprendizagem. Pretenderá reforçar o papel do enfermeiro nas questões da segurança da mulher/recém-nascido, conscientizando para participação na avaliação da cultura de segurança, através de instrumentos adequados de diagnóstico e discutir em grupos de trabalho como envolver de forma significativa a mulher/casal na segurança dos cuidados, para se tornarem participantes informados e ativos na equipa. Também é pretendido neste módulo, dar a conhecer a estrutura concetual da classificação internacional sobre a segurança do doente que permite uma melhor categorização, comparação, monitorização e análise da informação (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Na fase da avaliação da cultura de segurança na instituição, deverá ser formada uma equipa, constituída por um enfermeiro representante do gabinete da qualidade e

segurança, um enfermeiro elo da gestão de risco, enfermeiros obstetras da prestação de cuidados e enfermeiros chefes das unidades de obstetrícia, de forma a envolver todos os elementos no diagnóstico da cultura de segurança e facilitar esclarecimentos acerca do instrumento de avaliação aos restantes enfermeiros. Marilyn Ray vem reforçar, que o facto de os enfermeiros também assumirem diferentes campos de enfermagem, permite uma diferente interação e visão do cuidado ao doente. O enfermeiro, assume o papel de ser responsável por tomar decisões, que serão benéficas para a organização (fatores políticos, legais, económicos, tecnológicos), mas assume também decisões, para garantir a qualidade dos cuidados (fatores fisiológicos, socioculturais, educacionais, espirituais e éticos), defrontando-se com o paradoxo de considerar as necessidades corporativas da burocracia e ao mesmo tempo atender as necessidades de cuidado dos indivíduos (Ray, 2005)

COMUNICAÇÃO

Uma das competências de segurança, segundo o modelo do CPSI, é a comunicação, sendo identificada pelos participantes nos grupos focais, como uma barreira à promoção da cultura de segurança, quando a comunicação entre os profissionais é ineficaz.

Os processos de transição de cuidados, não são estruturados, nem atendem às especificidades das unidades, sendo impostos pela direção hospitalar, causando constrangimentos nos momentos de transferências e transições hospitalares e colocando em causa a segurança da utente. A comunicação, é também afetada pelos conflitos, que surgem nas interações entre os profissionais da equipa de cuidados de saúde, fruto da complexidade do trabalho, cansaço, insatisfação dos profissionais e ambientes inseguros. As estratégias a nível educacional, passam pela promoção de uma comunicação eficaz, que permita que os elementos da equipa falem abertamente, consigam discutir opiniões divergentes, expressando preocupações ou ideias alternativas. Este módulo II de formação, pode recorrer às técnicas do role play, envolvendo os enfermeiros em situações-problema previamente escolhidas, para melhorar a capacidade de relacionamento e criar um ambiente de cooperação. Esta técnica permitirá também incentivar o autoconhecimento, aprimorar habilidades como a empatia e assertividade, características que facilitam a gestão dos conflitos entre os profissionais, para que a comunicação aconteça de forma frutífera. Os enfermeiros avaliarão a sua experiência, discutirão as ações realizadas, em momentos de *debriefing* no sentido de melhorar a sua performance através da reflexão em grupo, assimilando comportamentos mais adequados à prática clínica (Schmiedhofer et al., 2021).

A prática da comunicação em instituições, também inclui a comunicação escrita e oral, pelo que as estratégias poderão passar pelo treino de ferramentas adequadas a diversas situações de comunicação, utilizando a técnica da simulação, que permitirá a aquisição e desenvolvimento das competências não técnicas. Neste módulo, os cenários a construir devem focar-se nas diversas ferramentas existentes para transmissão de comunicação: transmissão de informações em situações de emergência a todos os elementos da equipa (call-out), transmissão de informação em circuito fechado para verificar e validar as informações trocadas (check-back) e transmissão de informação nos momentos de *handover* (ISBAR) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019).

A nível organizacional, é premente o incentivo à utilização de meios digitais, para divulgação de normas e orientações referentes à prática clínica na área da saúde materna e obstétrica e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, de acordo com objetivo estratégico 3.2 do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

TRABALHO EM EQUIPA

O trabalho em equipa dentro das unidades de obstetrícia, foi considerado uma dimensão forte da cultura de segurança no estudo quantitativo, no entanto, destacou-se a falta de apoio e coordenação entre as unidades hospitalares. No contexto dos grupos focais, os enfermeiros deixaram emergir, que o trabalho em equipa apresenta fragilidades e que as equipas atualmente vivem momentos de grande instabilidade, pelos processos de integração inadequados e pela experiência profissional insuficiente em contextos complexos e diferenciados.

As estratégias neste âmbito, passam por intervenções organizacionais que se prendem com o papel dos gestores no proporcionar uma melhor coordenação entre as unidades de obstetrícia, fomentar a aprendizagem colaborativa nos processos de integração que possibilite o desenvolvimento das potencialidades dos enfermeiros, aumentar o investimento na formação dos profissionais, porque sabemos que as discrepâncias entre os conhecimentos, comportamentos e habilidades dos profissionais, afetam o desempenho da equipa e consequentemente a segurança dos cuidados (Rönnérhag et al., 2019).

A nível educacional, podemos conceber um módulo III num formato presencial, para efetuar treino de trabalho em equipa, de forma produzir um efeito positivo nas atitudes e comportamentos dos profissionais e aumentar o espírito colaborativo. É fundamental discutir em grupo como articular as suas próprias funções e responsabilidades dentro da equipa multiprofissional, respeitando as perspetivas de todos os membros da equipa com demonstração de técnicas de escuta ativa. É crucial trabalhar comportamentos de apoio

mútuo, dando a conhecer mecanismos que promovam a adaptabilidade, confiança e a orientação da equipa, tais como o feedback oportuno, direcionado e atencioso, pedir apoio quando apropriado, supervisionar e apoiar os outros, aceitar e executar atividades delegadas e intervenções assertivas em defesa do utente.

Este módulo pode ter um formato mais dinâmico, utilizando abordagens interativas de partilha de situações vivenciadas, teatralização de casos e visualização de vídeos existentes no programa *TeamSTEPPS* da AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019).

SEGURANÇA, RISCO E MELHORIA DA QUALIDADE

No que respeita ao grau de segurança atribuído pelos enfermeiros obstetras à unidade onde exercem funções, 24,3% considerou como fraco ou muito fraco e 40,0% como aceitável. A dimensão aprendizagem organizacional – melhoria contínua, apresentou valores no estudo quantitativo, que revelam necessidade de intervenção nesta área, evidenciando que ainda não existe uma cultura de aprendizagem consistente, onde os erros conduzem a mudanças positivas. Em consonância com estes dados, os enfermeiros reconhecem que a direção hospitalar não considera a segurança do doente uma prioridade, é pouco comprometida, não proporcionando um ambiente no local de trabalho que promova a segurança das utentes.

A nível organizacional, é fundamental que se caminhe para um nível de maturidade superior, efetuando a transição de uma cultura reativa e calculista, para uma cultura construtiva, em que as medidas de segurança passem a ser intrínsecas na prática diária de todos os profissionais, se antecipam os problemas, se notificam os eventos e continuamente se encontrem estratégias para controlar o risco (Hudson, 2003).

Para antecipar, identificar, reduzir incidentes é necessário trabalhar com os profissionais numa vertente educacional e desta forma o módulo de formação IV, deve compreender conteúdos relacionados com 3 componentes preconizados pela ferramenta do *TeamStepps* para a monitorização das situações: monitorização da situação (avaliação da situação vivenciada para obter informações detalhadas); consciência da situação (os elementos da equipa avaliam continuamente os componentes relevantes da situação e atualizam a sua consciência situacional) e modelos mentais compartilhados (que permite criar sinergias entre equipa antecipando as necessidades de cada um dos elementos, sendo sustentados por ferramentas como reuniões, briefings) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019).

Também será essencial refletir sobre os indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para apostar no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade (Cerejeira et al., 2022).

OTIMIZAR RECURSOS HUMANOS E SISTEMAS

A dimensão dotação de profissionais no estudo quantitativo foi considerada uma área frágil da cultura de segurança, aspeto também discutido nos grupos focais. Os recursos humanos escassos nas maternidades, foram considerados como uma barreira à promoção da cultura de segurança, com a rotatividade frequente dos enfermeiros obstetras pelas unidades, o que gera insegurança, fadiga, sentimentos de não pertença às unidades, tendo impacto na qualidade dos cuidados. A teórica Ray refere que nas suas pesquisas, as enfermeiras sentiam que a prática de cuidar estava ameaçada pela pressão económica associada aos cuidados de saúde, sendo a diminuição de recursos um problema social básico (Ray, 2005).

Os participantes do estudo qualitativo, sentem uma desvalorização das suas competências, não sendo englobados no processo de tomada de decisão e consideram que a gestão não tem investido na sua formação, particularmente em temáticas relacionadas com a segurança do doente. Os sistemas de informatização clínica para a continuidade de cuidados, também foram referenciados como causadores de muitos contrangimentos, absorvendo demasiado tempo dos enfermeiros, assim como o sistema de notificação de incidentes na plataforma revela alguma complexidade no preenchimento de todos os dados necessários.

Marilyn Ray menciona que a falta de tempo, foi considerado um obstáculo para formar uma relação enfermeiro–doente e desta forma os administradores devem efetuar reestruturações para que o tempo de enfermagem seja direcionado para as interações enfermeiro-doente, reconhecendo e respeitando as contribuições que a enfermagem possibilita para resultados positivos do doente, que são essenciais para a sobrevivência organizacional numa era competitiva de cuidados de saúde (Ray, 2005). Na sua teoria os constrangimentos económicos, as cargas de trabalho elevadas, os avanços tecnológicos, desafiam os enfermeiros para um conhecimento mais profundo de forma a sustentar o cuidado humano e efetuar mudanças organizacionais (Tukel, 2007).

Tendo em conta todos os desafios mencionados, a proposta a nível educacional pode ser organizar um módulo V, que contemple conteúdos relacionados com a importância da criação de ferramentas que permitam uniformização de práticas e consequentemente cuidados seguros. As estratégias podem compreender a organização de grupos de

trabalho, que analisem listas de verificação na área de obstetrícia, que sejam úteis para as unidades, podendo sofrer adaptações consoantes as especificidades das unidades.

Neste módulo, é fundamental abordar a relevância do papel do enfermeiro no aumento da literacia da utente/família, otimizando as suas competências em ações de sensibilização referentes à segurança da mulher, valorizando também as suas competências no papel de liderança, porque não só os gestores assumem a liderança, os membros da equipa também necessitam de assumir o papel de liderança dependendo da situação, de forma a promover um ambiente facilitador de cuidados. Seria importante trabalhar esta área da liderança na formação, aprofundando conhecimento sobre as características e atitudes que se preconizam num líder, de que forma a liderança afeta os resultados da equipa e consequentemente a qualidade dos cuidados, além das ferramentas que ajudam na liderança de equipa. Neste processo, o método expositivo seria utilizado para transmitir alguns conceitos e posteriormente poderiam ser utilizados vídeos e dramatização de cenários de forma que a transmissão da informação seja assimilada.

A nível organizacional, é premente uma dotação segura de enfermeiros para responder às exigências de cuidados especializados à grávida/casal, reduzir a rotatividade frequente dos enfermeiros de forma a diminuir o desgaste emocional e a instabilidade das equipas. Otimizar as aptidões de todos os elementos da equipa, potencializando o investimento pessoal efetuado pelos enfermeiros nas diferentes áreas.

O sistema de informatização clínica, a nível institucional deverá ser de uso mais fácil e intuitivo, para melhorar a eficiência e reduzir para um tempo razoável o processo de registos de Enfermagem. A nível organizacional, Marilyn Ray menciona que para reconstruir a perda de confiança dentro da organização e transformar a enfermagem, é necessário o respeito pela essência do cuidado de enfermagem, uma comunicação adequada com os enfermeiros, de forma a dar visibilidade e envolvê-los na tomada de decisão (Ray, 2005).

RECONHECER, RESPONDER E DIVULGAR INCIDENTES DE SEGURANÇA

No estudo quantitativo, verificámos que as dimensões relacionadas com o feedback e comunicação sobre o erro e abertura na comunicação, obtiveram percentagens médias positivas de 60%, dados que revelam que os enfermeiros comunicam sobre os erros e são informados sobre os mesmos, não sendo consideradas áreas problemáticas, mas com necessidade de melhoria se nos reportarmos aos resultados do Banco de Dados de Pesquisa Hospitalar da *Agency for Healthcare Research and Quality*, que obteve médias positivas mais elevadas (Famolaro et al., 2021). Porém, estes dados não se coadunam com a subnotificação de eventos adversos existentes, e por isso explorámos estas

dimensões nos grupos focais, emergindo que os enfermeiros não notificam erros, porque consideram que o erro ainda é visto com caráter punitivo, sentem o medo da punição e consideram que é fácil a identificação do profissional no sistema de notificação. A inexistência de feedback sobre o erro, também é um obstáculo à notificação de eventos, porque não há respostas aos erros notificados, nem intervenções efetuadas após as notificações.

A nível educacional, o módulo VI deveria contemplar a abordagem aos eventos adversos que ocorrem na área da saúde materna e obstétrica, esclarecer sobre as obrigações éticas e profissionais de relatar todos os tipos de incidentes de segurança, aumentando a conscientização dos enfermeiros para a importância da notificação, na análise da raiz causal do acontecimento do evento e consequentemente implementar medidas preventivas no sentido de o atenuar. Este módulo de formação deverá contemplar uma abordagem à plataforma destinada à notificação de incidentes – NOTIFICA, que foi atualizada em dezembro de 2022. Desta forma, permitiria sensibilizar os enfermeiros para a sua utilização e capacitá-los com treinos-teste.

A nível organizacional, os gestores deverão criar grupos focais trimestrais, para avaliar as situações de erro reportados, solicitando estratégias úteis para ajudar na identificação de soluções práticas, tendo em conta a análise das situações. Só um feedback rápido dos resultados, pode ajudar a manter o interesse e o envolvimento dos profissionais. Um incentivo à notificação de eventos, passa por dar feedback dos resultados de análise e das medidas tomadas aos enfermeiros que notificam (Fragata et al., 2019). Todas as instituições de saúde, devem constituir uma estrutura responsável pela gestão e análise de incidentes de segurança, conforme nova norma da notificação de incidentes (Direção Geral da Saúde, 2022), e difundir a informação acerca das causas dos incidentes para evitar situações recorrentes. Devem ser consideradas estratégias, para criar um ambiente institucional de confiança com comunicação honesta e transparente, para discutir e antecipar as fragilidades do sistema em que o erro seja reconhecido como oportunidade de aprendizagem e trabalhado numa perspetiva multiprofissional (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021). Criar um grupo de apoio para ajuda na gestão emocional dos profissionais envolvidos nos incidentes de segurança é um aspeto bastante relevante para o bem estar e saúde mental dos profissionais (Canadian Patient Safety Institute, 2020).

A nível nacional, devem ser consideradas medidas que estão fora do âmbito deste estudo, mas que referenciamos pela importância que têm para o incentivo à notificação de eventos, que se prendem com a implementação do enquadramento legal para a confidencialidade e proteção de quem notifica (Bruno, 2021; Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

Todas as propostas de intervenção delineadas, deverão ser avaliadas por uma amostra de peritos de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, através de técnica de delphi, para obtenção de consenso acerca dos conteúdos a ser trabalhados no âmbito da formação, tendo em conta as estratégias delineadas para cada competência de segurança, de acordo com as necessidades dos enfermeiros e especificidades institucionais, em parceria com o Departamento da Qualidade e Segurança onde o estudo decorreu e com a Escola Superior de Enfermagem onde neste momento a investigadora exerce funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019, June). *TeamSTEPPS 2.0 Fundamentals*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/index.html>
- Bruno, P. (2021). Segurança do doente e o direito. In Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Canadian Patient Safety Institute. (2020). *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions* (2nd Edition). Edmonton, Alberta. www.patientsafetyinstitute.ca
- Coffman, S. (2010). Marilyn Anne Ray: Theory of Bureaucratic Caring. In *Nursing Theorists and their work* (7th ed., pp. 113–136). Missouri: Mosby Elsevier.
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República: 2.ª série, nº 187*. 2021–2026. <https://dre.pt/application/conteudo/171891094>
- Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: 2.ª série — N.º 120*.
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente* (Norma nº 17, Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa, Portugal: Autor).
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142.
- Famolaro, T., Hare, R., Yount, N., Fan, L., Liu, H., & Sorra, J. (2021). *Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0:2021 user database report*. Agency of Healthcare Research in Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf>
- Fragata, J., Sousa, P., & Santos, R. (2019). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In Sousa, P, Mendes W., editors. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde*

- seguras (2^a ed., pp. 17–36). Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz. <https://doi.org/http://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. In *Quality and Safety in Health Care* (Vol. 12, Issue SUPPL. 1). https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7
- Ray, M. A. (1987). Healthcare economics and human caring innursing: why the moral conflict must be resolved. *Fam Community Health*, 10(1), 35–43.
- Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31–42. <https://doi.org/10.1097/00006216-198901320-00007>
- Ray, M. A. (2005). Marilyn Anne Ray's Theory of Bureaucratic Caring. In *Nursing theories and nursing practice* (2th ed, pp. 360–368). Philadelphia: F. A. Davis. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/nursing_theories_and_nursing_practice__se_cond_edition.pdf
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2014). Caring as emancipatory nursing praxis: The theory of relational caring complexity. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 132–146. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000024>
- Rönnérhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2019). A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 585–593. <https://doi.org/10.1111/jan.13864>
- Schmiedhofer, M., Derksen, C., Keller, F. M., Dietl, J. E., Häussler, F., Strametz, R., Koester-Steinebach, I., & Lippke, S. (2021). Barriers and facilitators of safe communication in obstetrics: Results from qualitative interviews with physicians, midwives and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030915>
- Turkel, M. C. (2007). Continuing Education: Dr. Marilyn Ray's Theory of Bureaucratic Caring. *International Journal of Human Caring*, 11(4), 57–69. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.11.4.57>
- World Health Organization. (2011). *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf;jsessionid=5F72D87DECAC18DD83F8228994A90792?sequence=1

ANEXOS

ANEXO 1

Autorização do autor para utilização do HSOPSC

Re: Solicitação de pedido de autorização para utilização do HSPSC

ME Margarida Eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>  Responder | v
Hoje, 11:45
Você v

Caixa de Entrada

Reencaminhou esta mensagem a 03-11-2017 14:33

Bom dia Cara Claudia
Muito me honra que mais uma vez os alunos de enfermagem do ICBAS utilizem o instrumento de avaliação da cultura de segurança
Naturalmente que autorizo a utilização da versão portuguesa e fico disponível para o que necessitar
Desejo muito sucesso na realização do seu trabalho

Atentamente
Margarida Eiras

No dia 03/11/2017, às 11:33, Claudia Patricia Costa Bras <clau.bras@hotmail.com> escreveu:

Exma. Sra. Professora Doutora Margarida Eiras

Cláudia Patrícia da Costa Brás, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a realizar Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, a desenvolver o projeto de investigação "A Comunicação como Determinante da Cultura de Segurança dos Cuidados de Enfermagem", sob orientação da Professora Doutora Manuela Ferreira e Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, solicita a autorização para utilizar o questionário "**Hospital Survey on Patient Safety Culture**", validado para a população portuguesa por Vossa Excelência. A Professora Doutora Margarida Eiras foi um dos júris que arguiu este projeto de investigação referente ao Ano Probatório do Doutoramento em Enfermagem no dia 9 de Dezembro de 2016.

ANEXO 2
Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra (Registo nº 8742/2017)

962832524

9/11/2017

24

Exmo. Senhor Diretor da Unidade
de Inovação e Desenvolvimento
Professor Doutor José Saraiva da Cunha

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, a doutoranda Cláudia Patrícia da Costa Brás, Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A Comunicação como Determinante da Cultura de Segurança nos Cuidados de Enfermagem".

Pretendemos através deste estudo, contributos para o avanço do conhecimento científico no âmbito da cultura de segurança e da comunicação em Enfermagem. Esperamos a partir dos dados obtidos e de acordo com as necessidades dos profissionais de Enfermagem e especificidades institucionais, proceder à construção de um programa de intervenção em competências comunicacionais em Enfermagem no âmbito da formação continua. Trata-se de um estudo transversal do tipo correlacional com metodologias quantitativas e qualitativas (focus group).

Neste contexto, solicito a V.^a Ex.^a que se digne autorizar a realização da recolha de dados durante o 1º semestre do ano de 2018.

Em anexo, envio um exemplar do instrumento de recolha de dados. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Maria Conceição Ferreira e a Professora Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, são as responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419199. Agradecia uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos. Sem outro assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Coimbra, 4 de Novembro de 2017

Cláudia Patrícia da Costa Brás

C.H.U.C. - EPE	
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
Reg. N.º	8742
Origem	07/11/2017
Assinatura	15/11/2017

R 15/11/2017

C.H.U.C. - Conselho de Administração

Aimargis

23.11.2017

Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)
Dr.ª D.ª Fernanda (Enfermeira - Enfermeira)

A Unidade de Investigação e Desenvolvimento para se Promover sobre o solicitado

Ass

07/11/2017

Enf.ª Áurea Andrade
Enfermeira Diretora
C.H.U.C. - EPE

Tratamento de uma res/ta,
com caráter voluntário, a um
funcionário, desta a seguir
do referido Lp. Higienização

15/11/2017

Serviço de Ch.
C.H.U.C. - EPE
UNIDADE DE INOVAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO
CENTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

À Administração para autorizar

Ass

12017

Enf.ª Áurea Andrade
Enfermeira Diretora
C.H.U.C. - EPE

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Instrumento de recolha de dados do estudo quantitativo

QUESTIONÁRIO

Caro Enfermeiro(a),

No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem estou a realizar uma investigação intitulada “A Comunicação como determinante da Cultura de Segurança nos Cuidados de Enfermagem”, tendo a finalidade de identificar os fatores determinantes na cultura de segurança do utente e os fatores que intervêm nas competências de comunicação em enfermagem. A sua participação no preenchimento deste questionário é fundamental para proceder à construção de um programa de intervenção em competências comunicacionais em enfermagem e de promoção da cultura de segurança do utente, de acordo com as necessidades dos profissionais de enfermagem e especificidades institucionais. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade, e os resultados apresentados de forma anónima.

A segurança do utente diz respeito a TODOS.

Grata pela sua disponibilidade e colaboração.

Cláudia Brás
clau.bras@hotmail.com

I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Com o intuito de nos ajudar a entender melhor as respostas dadas a este questionário, precisamos de recolher alguma informação acerca de si, do seu exercício profissional e da organização/contexto em que trabalha.

1. **Sexo** Feminino ☐ Masculino ☐

2. **Idade** ____ anos

3. **Estado civil** Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de Facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

4. **Habilitações académicas** Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

5. **Possui área de especialidade?** Não ☐ Sim ☐

6. **Serviço/Unidade onde exerce funções?** _____

7. **Experiência profissional** ____ anos

8. **Experiência profissional no serviço/unidade** ____ anos

9. **Experiência profissional na instituição** ____ anos

10. Possui formação específica na área da segurança do utente? Não O Sim O Qual?

11. Possui formação específica na área da comunicação? Não O Sim O Qual?

II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Eiras, M. (2008)

Este questionário destina-se a avaliar a cultura de segurança do serviço/unidade, o compromisso da liderança com a segurança do doente, o erro e a notificação de incidentes e eventos adversos, identificando constrangimentos e temas que permitam nortear ações para uma melhoria contínua da segurança do doente. Pedimos que responda a todas as questões.

A. O seu Serviço/Unidade de Trabalho

Indique, por favor, o grau de concordância com cada uma das afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha, utilizando a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se	O	O	O	O	O
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	O	O	O	O	O
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	O	O	O	O	O
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	O	O	O	O	O
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	O	O	O	O	O
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	O	O	O	O	O
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	O	O	O	O	O
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	O	O	O	O	O
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	O	O	O	O	O
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	O	O	O	O	O
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	O	O	O	O	O
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	O	O	O	O	O
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	O	O	O	O	O
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	O	O	O	O	O
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	O	O	O	O	O
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	O	O	O	O	O
17. Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	O	O	O	O	O

18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	☐	☐	☐	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

B. O seu superior Hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com cada uma das afirmações acerca do seu superior hierárquico, utilizando a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	☐	☐	☐	☐	☐
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	☐	☐	☐	☐	☐
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	☐	☐	☐	☐	☐

C. Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	☐	☐	☐	☐	☐
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	☐	☐	☐	☐	☐
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade	☐	☐	☐	☐	☐
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	☐	☐	☐	☐	☐
5. Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	☐	☐	☐	☐	☐
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	☐	☐	☐	☐	☐

D. Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada:

1- Nunca 2- Raramente 3- Por vezes 4- A maioria das vezes 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐

E. Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)

Excelente ☐

Muito Boa ☐

Aceitável ☐

Fraca ☐

Muito Fraca ☐

F. O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital. Utilize para isso a escala indicada:

1- Discordo fortemente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	☐	☐	☐	☐	☐
2. Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	☐	☐	☐	☐	☐
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro	☐	☐	☐	☐	☐
4. Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	☐	☐	☐	☐	☐
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	☐	☐	☐	☐	☐
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital	☐	☐	☐	☐	☐
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	☐	☐	☐	☐	☐
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	☐	☐	☐	☐	☐

10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	☐	☐	☐	☐	☐
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	☐	☐	☐	☐	☐

G. Número de eventos/ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?
(Escolha apenas UMA resposta)

☐ Nenhum

☐ 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências

☐ 11/20 relatórios de eventos/ocorrências

☐ 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências

☐ 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências

☐ 21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

III – ESCALA DE COMUNICAÇÃO INTRAPESSOAL E INTERPESSOAL EM ENFERMAGEM

Indique, por favor, a sua resposta a cada uma das afirmações relativamente à comunicação intrapessoal e interpessoal em Enfermagem. Por favor, responda a todas as questões. Preencha o círculo na resposta que acha que mais se aplica, usando a seguinte escala de classificação:

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1 - Revelo como me sinto para os outros	0	0	0	0	0
2 - Sou simpático para as outras pessoas	0	0	0	0	0
3 - Permito que os outros vejam quem realmente sou	0	0	0	0	0
4 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões	0	0	0	0	0
5 - Demonstro aos utentes e profissionais como me sinto próxima deles	0	0	0	0	0
6 - Encontro as palavras certas para me expressar	0	0	0	0	0
7 - Sou capaz de conversar e construir relacionamentos positivos	0	0	0	0	0
8 – Admito que a qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em comunicar com o outro	0	0	0	0	0
9 - Reconheço que não utilizo sempre uma comunicação adequada a cada situação	0	0	0	0	0
10 - Consigo persuadir os outros quanto à minha opinião	0	0	0	0	0
11 - Estou satisfeito com o relacionamento que estabeleço com os outros	0	0	0	0	0
12 - Defendo os meus direitos	0	0	0	0	0
13 - Tenho dificuldade em me defender	0	0	0	0	0
14 - Escuto os outros de acordo como o modo como me sinto no momento	0	0	0	0	0
15 - Oriento o meu comportamento por normas e valores em que acredito	0	0	0	0	0
16 - Posso características físicas, sociais, espirituais que me ajudam a tomar conhecimento das minhas limitações e fraquezas	0	0	0	0	0
17 - Consigo avaliar os meus estereótipos e preconceitos sociais	0	0	0	0	0
18 - Reconheço que as minhas ações são influenciadas pela experiência pessoal, situação atual, conhecimentos e interesses próprios	0	0	0	0	0
19 – Verifico que a qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.	0	0	0	0	0
20 - Reconheço que existem pessoas que geram tensões emocionais	0	0	0	0	0
21 - Reconheço os sinais de proximidade de reações emocionais (ex: respiração, rubor facial, batimento cardíaco)	0	0	0	0	0
22 - Sinto-me preparado para gerir conflitos	0	0	0	0	0
23 - Consigo ter autocontrolo nas situações com as quais sou confrontado	0	0	0	0	0
24 - Assumo o controle das situações em que estou envolvido de forma responsável, negociando alternativas	0	0	0	0	0
25 - Proporciono momentos de discussão entre as equipas utilizando estratégias como: reuniões de discussão em grupo sob orientação de um facilitador, espaços de reflexão entre pares, conferências de equipa.	0	0	0	0	0
26 - Reflito acerca dos conceitos de saúde / doença em diferentes culturas e nas diferentes abordagens para a resolução dos desafios éticos	0	0	0	0	0
27 - Abstenho-me de atribuir culpas	0	0	0	0	0
28 - Identifico os meus erros, procurando soluções para corrigi-los	0	0	0	0	0
29 - Negligencio informações e necessidades dos doentes	0	0	0	0	0
30 - Assumo a responsabilidade pelos meus atos	0	0	0	0	0
31 - Reconheço a minha insegurança profissional	0	0	0	0	0

IV – ESCALA DE COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Indique, por favor, a sua resposta a cada uma das afirmações relativamente à escala de comunicação interprofissional em saúde. Por favor, responda a todas as questões. Preencha o círculo na resposta que acha que mais se aplica, usando a seguinte escala de classificação:

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Muitas vezes 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1 - Possuo uma atitude de afeto e solicitude para com os membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
2 - Demonstro uma atitude positiva para motivar os outros	☐	☐	☐	☐	☐
3 - Relaciono-me com os membros da equipa de modo delicado e cuidado	☐	☐	☐	☐	☐
4 - Demonstro empatia e preocupação no relacionamento	☐	☐	☐	☐	☐
5 - Estabeleço relações de cooperação, assertividade e confiança com os membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
6 - Desenvolvo e mantenho relações com base na verdade	☐	☐	☐	☐	☐
7 - Desenvolvo o meu pensamento a respeito de outros membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
8 - Compreendo e respeito a individualidade e as funções de cada membro da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
9 - Considero as necessidades e interesses dos membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
10 - Compreendo a diversidade das equipas, as competências e os saberes profissionais, e tiro partido disso para benefício de todos	☐	☐	☐	☐	☐
11 - Possibilito oportunidades de interação e formação de opiniões dentro do grupo	☐	☐	☐	☐	☐
12 - Aceito as críticas e escuto ideias/perspetivas divergentes como estimuladores da criatividade e inovação	☐	☐	☐	☐	☐
13 - Crio condições para que as divergências de perspectivas sejam canalizadas para a melhoria da qualidade dos cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
14 - Permito aos membros da equipa oportunidades para mobilizarem as suas competências no desenvolvimento dos cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
15 - Exprimo de forma simples e direta os meus próprios interesses, distinguindo-os das metas da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
16 - Tenho capacidade para negociar dentro da equipa de saúde com base no compromisso (interesses mútuos)	☐	☐	☐	☐	☐
17 - Consigo gerir eficazmente o conflito canalizando-o para a melhoria da qualidade dos cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
18 - Valorizo as minhas capacidades na resolução de problemas	☐	☐	☐	☐	☐
10 - Revelo participação efetiva na decisão, planeamento e coordenação de cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
20 - Partilho conhecimentos e competências	☐	☐	☐	☐	☐
21 - Ajudo a fomentar o espírito de equipa para conseguir melhores resultados	☐	☐	☐	☐	☐
22 - Possuo capacidade para integrar os elementos da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
23 - Facilito a construção de consensos	☐	☐	☐	☐	☐
24 - Reconheço o compromisso e empenho contínuo por parte dos membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
25 - Obtenho elementos que me permitem compreender o impacto das minhas ações e o modo como estão a ser recebidas e interpretadas pelos outros	☐	☐	☐	☐	☐
26 - Revejo cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação que transmito aos membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
27 - Faculto aos membros da equipa indicações de como estão ou não estão a ser bem sucedidos na realização dos cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
28 - Informo a equipa acerca das minhas perceções, pensamentos e necessidades	☐	☐	☐	☐	☐
29 - Sou claro e conciso na partilha de mensagens junto da equipa de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
30 - Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
31 - Transmito aos outros elementos da equipa a informação relevante que os utentes me transmitem	☐	☐	☐	☐	☐

32 - Posso conhecimento científico para apresentar dados sobre os utentes e os seus detalhes clínicos aos membros da equipa	☐	☐	☐	☐	☐
33 - Efetuo registos claros e adequados (escritos ou eletrónicos) das reuniões	☐	☐	☐	☐	☐
34 – Referencio pessoas/instituições para ajudar a resolver problemas	☐	☐	☐	☐	☐

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE 2

Consentimento informado dos participantes no estudo
quantitativo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Sr(a) Enfermeiro (a)

No âmbito do Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, estamos a realizar um estudo/investigação subordinado ao tema “Comunicação como determinante da Cultura de Segurança nos Cuidados de Enfermagem”, com a finalidade de identificar os fatores determinantes na cultura de segurança do utente e os fatores que intervêm nas competências de comunicação em enfermagem. A sua participação no preenchimento deste questionário é fundamental para proceder à construção de um programa de intervenção em competências comunicacionais em enfermagem e de promoção da cultura de segurança do utente, de acordo com as necessidades dos profissionais de enfermagem e especificidades institucionais.

Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, que será anónimo e confidencial. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento bem como, responder ou partilhar somente o que entender. Os dados recolhidos serão analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica, ficarão disponíveis por meio das divulgações científicas e diretamente através da investigadora.

Desta forma, consinto em participar no estudo que me está a ser proposto, respondendo às questões que me são colocadas

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura do participante)

Contacto com autora do estudo:

Cláudia Patrícia da Costa Brás

E-mail: clau.bras@hotmail.com

Telemóvel: 962832524

APÊNDICE 3

Modelo de formulário online de consentimento informado
dos participantes dos grupos focais

CONSENTIMENTO

Informação aos participantes

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe foi feita, depois de devidamente esclarecido(a), solicitamos que assinale a resposta onde confirma o seu consentimento em participar no estudo no final do documento.

Caro(a) Enfermeiro(a) Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

No âmbito do Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, estamos a realizar um estudo subordinado ao tema “A Cultura de Segurança nos Cuidados de Enfermagem”, com o objetivo de identificar as percepções dos enfermeiros acerca cultura de segurança na organização de saúde e fatores determinantes das competências comunicacionais que influenciam essa cultura de segurança. Com base nos resultados pretendemos construir, uma proposta de intervenção de promoção da cultura de segurança na área de obstetrícia.

Esta segunda fase do estudo desenvolve-se através de entrevistas focalizadas em grupo (*focus groups*). A sua participação é muito importante, pois procuramos ter novas perspetivas sobre as questões relacionadas com a segurança e comunicação nos cuidados de Enfermagem, pelo que a partilha das suas vivências, das suas percepções sobre esta problemática é fundamental.

A investigadora responsável garantirá o anonimato do participante durante todo o processo e uso exclusivo dos dados recolhidos para fins de investigação. A sessão *focus group* decorrerá via online na plataforma zoom, com duração máxima 2 horas, sendo efetuada gravação simultânea de áudio e vídeo e efetuadas anotações por um elemento observador. Os dados gravados serão destruídos posteriormente à sua análise.

Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

***CONSENTIMENTO ELETRÓNICO NO FORMULÁRIO ON-LINE**

☐ Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e consequente divulgação de conhecimento, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

☐ Não concordo participar no estudo

Coimbra, 24 de junho de 2022

Agradeço a sua participação neste estudo

Cláudia Patrícia da Costa Brás

Professora Adjunta –ESENfC

claudiabras@esenfc.pt

tlm 962832524

APÊNDICE 4

Questionário de caracterização dos participantes dos grupos focais

A CULTURA DE SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA

1. **Género** Feminino ☐ Masculino ☐ Outro (qual?) _____ ☐ Prefiro não responder ☐

2. **Idade** _____ anos

3. **Habilitações académicas** Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐
Doutoramento ☐

4. **Área de especialidade** _____

5. **Serviço/Unidade onde exerce funções?**

6. **Experiência profissional** _____ anos

7. **Tempo de serviço na instituição atual** _____ anos

8. **Possui formação na área da segurança do utente?** Não ☐ Sim ☐

Qual? _____

9. **Possui formação na área da comunicação?** Não ☐ Sim ☐

Qual? _____

Grata pela sua disponibilidade e colaboração
Cláudia Brás
claudiabras@esenfc.pt

APÊNDICE 5

Roteiro orientador dos grupos focais

ROTEIRO ORIENTADOR DAS SESSÕES DE *FOCUS GROUPS*

BLOCOS	PLANO	
Bloco I Abertura da sessão	- Agradecer a presença e disponibilidade dos participantes; - Apresentar os participantes, moderador e observador.	
Bloco II Legitimação do <i>focus group</i>	- Apresentar o âmbito e objetivos do estudo; - Garantir confidencialidade e anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer momento do <i>focus group</i>; - Solicitar autorização para gravação vídeo – áudio; - Informar sobre duração máxima de 2 horas do <i>focus group</i>; - Reforçar da importância da colaboração e reflexão sobre as questões lançadas.	
Bloco III Desenvolvimento do <i>focus group</i>	Questões norteadoras	Questões exploradoras
	1 – Como é que a vossa instituição promove a segurança das utentes?	
	2 - Em algum momento a segurança no vosso serviço é colocada em causa?	
	3- Têm experiência de notificar no sistema nacional de notificação de incidentes?	Motivos de não notificação do erro?
	4 - Como é que na vossa instituição o erro é considerado?	O erro é considerado como um momento de aprendizagem ou algo que merece punição?

BLOCOS	PLANO	
		Por parte de que elementos é que sentem esta punição?
	5 - É vos dado feedback sobre os erros?	Discutem sobre os erros ocorridos e formas de resolução?
2) Dimensões da comunicação e a cultura de segurança	6 – Comunicam livremente sobre os erros ou sobre alguma coisa que afeta negativamente os cuidados para com as utentes?	
	7 - Utilizam ferramentas e estratégias específicas durante o processo de comunicação nas mudanças de turno e transferências de utentes para garantir a sua segurança?	Já efetuaram formação acerca deste tipo de ferramentas e estratégias?
	8 – Como é que vocês caracterizam a comunicação existente entre pares e com os outros profissionais de saúde?	Identificam barreiras na comunicação com os outros enfermeiros e com os outros profissionais da equipa de saúde?
	9 - A forma como vocês comunicam influencia o trabalho em equipa? De que forma isso afeta a segurança das utentes?	
	10 –De que forma é que a liderança influencia o trabalho de equipa e a segurança?	Dentro da vossa equipa observam líderes?
	11 - Dentro da equipa multiprofissional como gerem os conflitos, tensões, animosidades?	
	12 - Utilizam algum tipo de ferramenta, estratégias para facilitar a gestão de conflitos?	
3) Estratégias de melhoria	13 - Que ações de melhorias deveriam ser implementadas para melhorar a cultura de segurança e a comunicação?	
Bloco IV Síntese e encerramento da sessão	-Sintetizar os principais pontos de vista emergentes da discussão do grupo;	

BLOCOS	PLANO	
	-Recolher elementos de carácter complementar que não tenham sido abordados e possam ser relevantes para o estudo; -Agradecer a colaboração dos participantes; - Garantir disponibilidade para eventuais esclarecimentos; -Garantir que os resultados deste estudo podem ser consultados após a sua defesa e apresentação.	

