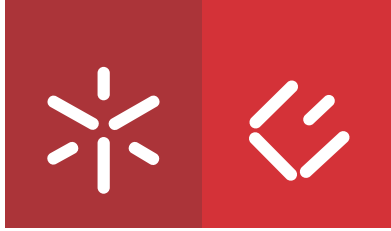


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Andreia Sofia Pereira Afonso

**Influência da Cultura Organizacional na
Gestão da Comunicação de Risco**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Andreia Sofia Pereira Afonso

Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor José António Almeida Crispim

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Crispim,

Pela sua eterna paciência no processo de orientação para a elaboração deste estudo.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco

RESUMO

Este estudo tem por objetivo aprofundar o conceito de Risco na área da saúde, numa vertente mais simplista e direta. O processo de Comunicação do Risco é realizado diariamente nas organizações de saúde, no decorrer da transmissão de informação pelos vários elementos da equipa multidisciplinar entre si (a nível interno), e na transmissão do Risco, em forma potencial ou real, ao utente/paciente. Foi realizada uma inquirição a uma amostra de Enfermeiros portugueses sobre como o Risco é percebido pelos mesmos, sobre como a percepção que estes apresentam quando outros elementos da equipa multidisciplinar e os utentes/pacientes lidam com o Risco, bem como fatores que dificultam o processo de Comunicação de Risco a nível interdisciplinar, a nível organizacional e com o utente/paciente. Os dados recolhidos não permitiram a identificação do tipo de cultura predominante na organização de saúde, através da utilização da Teoria do Modelo de Valores Concorrentes, de Cameron e Quinn (2006). No entanto, foram identificados “Rasgos de Cultura” na Organização em análise. Realizadas linhas orientadoras para auxílio na otimização do processo de Comunicação de Risco. A tabela ECOA identifica todos os passos essenciais para o processo de Comunicação de Risco de forma efetiva, a ser realizada em Organizações de Saúde pelos seus colaboradores.

Palavras-chave: Comunicação de Risco; Cultura Organizacional; Linhas Orientadoras de Comunicação de Risco; Perceção de Risco; Risco.

Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco

ABSTRACT

This study aims to deepen the concept of Risk in the health area, in a more simplistic and direct way. The Risk Communication process is carried out daily in healthcare organizations, during the transmission of information by the various elements of the multidisciplinary team to each other (internally), and in the transmission of Risk, in potential or real form, to the patient. A survey was carried out with a sample of Portuguese Nurses about how Risk is perceived by them, the perception they present when other members of the multidisciplinary team and patients deal with Risk, as well as factors that hinder the Communication process of Risk at an interdisciplinary level, at an organizational level and with the patient. The collected data didn't allow the identification of the type of culture predominant in the health organization, according to the Competing Values Model Theory, by Cameron and Quinn (2006). However, "Cultural Traits" were identified in the Organization under analysis. Developed a chart to help optimize the Risk Communication process. The ECOA table identifies all the essential steps for the effective Risk Communication process, to be carried out in Healthcare Organizations by their employees.

Keywords: Organizational Culture; Risk Communication Guidelines; Risk Communication; Risk Perception; Risk.

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS	ii
AGRADECIMENTOS	iii
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE.....	iv
Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco	v
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE.....	vii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
ÍNDICE DE SIGLAS	xii
DEDICATÓRIA.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	1
1. CULTURA ORGANIZACIONAL	4
1.1. Cultura	4
1.2. Cultura Organizacional.....	6
1.3. Teoria do Modelo de Valores Concorrentes.....	7
2. COMUNICAÇÃO DE RISCO	9
2.1. Comunicação	9
2.2. Comunicação Organizacional	10
2.3. Risco.....	12
2.4. Percepção de Risco	13
2.5. Comunicação de Risco	15
2.6. Modelo - Base do estudo.....	18
3. METODOLOGIA	22
3.1. Desenho de Investigação	23
3.2. Recolha de Dados.....	25
3.3. População e Amostras	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1. Observação Direta e Indireta do Participante	37
4.2. Cultura Organizacional.....	39

4.2.1. Cultura Organizacional – Análise Específica	41
4.3. Comunicação Interdisciplinar	47
4.4. Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente	51
4.5. Comunicação de Risco	55
4.6. Síntese de Resultados	63
5. LINHAS ORIENTADORAS PARA OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DE RISCO	66
5.1. Comunicação de Risco – Orientações provenientes da Literatura.....	66
5.2. Relação entre os resultados obtidos e a Literatura.....	70
5.3. Linhas Orientadoras do processo de Comunicação de Risco - ECOA	71
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	87
Anexo 1- Inquérito de avaliação– Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco	87
Anexo 2 – Declaração Professor Orientador – Estudo com condições de ser submetido a provas de apresentação e defesa públicas.	110
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da Organização em estudo.....	112
Anexo 4 – Parecer da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação	115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diferentes níveis de manifestação de uma cultura, de Hofstede (1991).....	5
Figura 2 Adaptação do Modelo de Valores Concorrentes, de Cameron e Quinn (2006).	8
Figura 3 Diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional (autoria própria)	18
Figura 4 Diagrama das fases que constituem o estudo com o tema Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco	23
Figura 5 Seleção dos itens do diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional na primeira recolha de dados.....	33
Figura 6 Seleção dos itens do diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional na segunda recolha de dados.....	34
Figura 7 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional.....	47
Figura 8 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional e Comunicação Organizacional.....	54
Figura 9 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional, Comunicação Organizacional e Comunicação de Risco	62
Figura 10 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional, Comunicação Organizacional e Comunicação de Risco	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Bibliografia para fundamentação das questões acerca da Comunicação de Risco no Questionário.....	32
Tabela 2 Caracterização dos grupos amostrais 1 e 2 da população em estudo.....	35
Tabela 3 Descrição das circunstâncias em que a Comunicação de Risco não foi eficaz - Observação Direta do Participante.	38
Tabela 4 Descrição das circunstâncias em que a Comunicação de Risco não foi eficaz - Observação Indireta do Participante.....	39
Tabela 5 Média e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura da Escala OCAI	40
Tabela 6 Diagrama da Cultura Organizacional (Caraterísticas Dominantes, Liderança Organizacional e Gestão dos Colaboradores)	42
Tabela 7 Diagrama da Cultura Organizacional (Coesão Organizacional, Ênfase Estratégico e Critério de Sucesso)	42
Tabela 8 Características Dominantes: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura	43
Tabela 9 Liderança Organizacional: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura	44
Tabela 10 Gestão dos Colaboradores: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura	44
Tabela 11 Coesão Organizacional: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura.....	45
Tabela 12 Ênfase Estratégico: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura	45
Tabela 13 Critério de Sucesso: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura	46
Tabela 14 Média, Mediana e Desvio Padrão das questões direcionadas à Comunicação Interdisciplinar (n=34).....	48
Tabela 15 Diagrama da Comunicação Interdisciplinar	50
Tabela 16 Média, Mediana e Desvio Padrão das questões direcionadas à Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente (n=34)	51
Tabela 17 Diagrama da Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente.....	53
Tabela 18 Média, Mediana e Desvio Padrão das questões direcionadas à Comunicação de Risco	55
Tabela 19 Diagrama da Comunicação de Risco.....	58
Tabela 20 Identificação de formas e/ou estratégias que facilitam a perceção da possibilidade de estar perante a presença de Risco.	59
Tabela 21 Identificação de lacunas que possam existir na Organização onde os Enfermeiros exercem funções, associadas à possibilidade da presença de Risco e no processo de Comunicação de Risco.	60

Tabela 22 Identificação de possíveis obstáculos no processo de transmissão da Comunicação de Risco ao Utente/Paciente.	61
Tabela 23 Referências bibliográficas com estratégias/planos direcionados para a Comunicação de Risco eficaz	67
Tabela 24 Linhas orientadoras para otimização do processo de Comunicação de Risco - ECOA	72

ÍNDICE DE SIGLAS

BO – Bloco Operatório

CR – Comunicação de Risco

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

HD - Hemodiálise

MeSH – Medical Subject Headings

MVC – Modelo dos Valores Contrastantes

OCAI – Organizational Culture Assessment Scale

OMS – Organização mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

PR – Perceção de Risco

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

“Entre o que eu penso,
O que quero dizer,
O que digo e o que você ouve,
O que você quer ouvir
E o que você acha que entendeu...

Há um abismo.”

Alejandro Jodorowsky

DEDICATÓRIA

Aos avós Julieta e Norberto,

Por me ensinarem que os sonhos, tal como as sementes, necessitam de tempo e dedicação para dar frutos.

INTRODUÇÃO

O conceito de Comunicação de Risco é, atualmente, utilizado em inúmeras áreas. A nível da área da saúde, está frequentemente associado na transmissão de informação de saúde preventiva ou em situações de catástrofes, direccionada para toda a população ou grupos populacionais de uma determinada região. No entanto, o Risco está presente diariamente nas nossas vidas de forma individual, em forma potencial ou real. A forma como é percebido o Risco é distinta entre os vários elementos das equipas de saúde, bem como entre os profissionais de saúde e os Utentes/Pacientes. A Perceção de Risco é singular para cada indivíduo, e pode ser influenciada por inúmeros fatores, como valores culturais e sociais, idade, sexo, experiências prévias, nível de literacia e nível de literacia em saúde.

O processo de Comunicação realizado pelas equipas multidisciplinares no seio das Organizações de Saúde é essencial para a prestação de cuidados de saúde. A capacidade de estabelecer um processo de Comunicação de Risco eficiente a nível interno na Organização propicia um ambiente organizacional ideal para os seus colaboradores prestarem cuidados de excelência.

A qualidade dos cuidados prestados ao Utente/Paciente e os seus resultados de saúde dependem diretamente de um processo de Comunicação de Risco eficaz, o qual é essencial na mudança de comportamentos quando há um Risco potencial, ou no processo de tomada de decisão informada e esclarecida para a realização de tratamentos/prestação de cuidados de saúde na presença do Risco.

Em todas as organizações existe uma estrutura e uma Cultura únicas. A Cultura Organizacional é sedimentada em valores, crenças e objetivos, e é, de acordo com diversos autores, criada ao longo do tempo, através da forma de gestão da mesma e das experiências vivenciadas pelos seus colaboradores.

A autora do presente estudo vivencia frequentemente, enquanto colaboradora de uma Organização de Saúde, circunstâncias em que o processo de Comunicação do Risco é ineficaz. Por tal, foram elaboradas tabelas em que são descritas situações reais onde foram identificadas lacunas e/ou falhas na transmissão do Risco, bem como a forma como estas impactaram o processo de tomada de decisão no paciente e na gestão das dinâmicas de trabalhos das equipas interdisciplinares – Observação Direta e Indireta do Participante. Nesta secção, foram abordadas situações em que foi efetuada a realização de ensinamentos aos pacientes que realizaram transplante renal acerca da necessidade de tomar os medicamentos imunossuppressores para o resto da sua vida e a necessidade de comparecer a todas as consultas médicas; realizados ensinamentos sobre hábitos de higiene mais rigorosos nos primeiros meses após o transplante, nomeadamente não tomar banhos de imersão (banheiras, piscinas, rio e mar). Os baixos

níveis de literacia, a lacuna na identificação de um potencial Risco e a desvalorização/negação em relação à presença do Risco induziram os pacientes a efetuar tomadas de decisão que levaram a um impacto negativo na sua saúde e na sua vida (perda da função renal na primeira situação relatada e uma infeção renal na segunda situação). Em relação aos processos comunicacionais entre os vários elementos que constituem as equipas multidisciplinares, é frequente o Risco estar presente, podendo o mesmo não ser identificado e/ou ser desvalorizado. A título de exemplo, é frequente ir ao Bloco Operatório (BO) buscar os pacientes internados e que foram sujeitos a intervenções cirúrgicas, após contacto telefónico do BO. Torna-se recorrente a necessidade de esperar bastante tempo pelo paciente na entrada do BO, dado que o mesmo não se encontra pronto para ser encaminhado para o serviço de origem (secundário a inúmeros fatores). Estas dinâmicas provocam atrasos na gestão da prestação de cuidados de todos os outros pacientes atribuídos ao Enfermeiro. Foram identificadas dois grandes entraves, os quais são a presença de lacuna na gestão organizacional face ao risco e dificuldade no processo de partilha de associações associadas ao Risco.

Tendo em consideração os conceitos, as premissas e as experiências vivenciadas pela investigadora no decorrer da sua prática clínica anteriormente referidas, foi delineada a seguinte Questão de Investigação do presente estudo: *De que forma a Cultura Organizacional influencia a Comunicação de Risco dos Enfermeiros a nível interno e externo?*

Na sequência da Questão de Investigação, foi definido o Objetivo Geral: *Conhecer a perceção dos Enfermeiros sobre a influência da Cultura Organizacional na Comunicação de Risco.*

Neste sentido, foram enumerados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde;
- Conhecer o tipo de Cultura Organizacional presente na ULS de Matosinhos;
- Compreender a perceção que os Enfermeiros têm sobre Comunicação no contexto organizacional;
- Conhecer a perceção dos Enfermeiros acerca do conceito de Comunicação de Risco;
- Conhecer a perceção da Comunicação de Risco efetuada entre profissionais de saúde (equipas multidisciplinares) e entre os Enfermeiros e o Utente/Paciente;
- Identificar possíveis lacunas e/ou erros de Comunicação na Organização;
- Elaborar linhas orientadoras para Gestores na área da saúde acerca de Comunicação de Risco

efetiva.

Foi realizado um mapa conceitual, tendo com base a revisão de literatura efetuada, em que foram esquematizados os processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional. Na sequência do diagrama elaborado, conseguiu-se criar um fio condutor para a evolução do estudo a nível estratégico, tendo em consideração o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos propostos.

Este estudo direcionou-se para uma abordagem metodológica quantitativa, através da qual foi efetuada a recolha de dados através da aplicação de um Inquérito. A nível da população, foi selecionada uma classe profissional de forma intencional – Enfermeiros que prestam cuidados diretos ao Utente/Paciente numa ULS da região Norte de Portugal, sendo que o grupo amostral foi selecionado de forma aleatória.

Após a análise dos resultados obtidos, sentiu-se a necessidade de elaborar uma tabela em que apresenta uma síntese de linhas orientadoras para a otimização do processo de Comunicação de Risco, direcionado para Enfermeiros que exercem funções de Gestão, tendo em consideração que são estes profissionais que têm como função o estabelecimento de normas e critérios de atuação nos Serviços/Unidades de Saúde. Estas linhas orientadoras – ECOA, apesar de estarem direcionadas para profissionais que trabalham na Gestão de Unidades de Saúde, podem ser utilizadas por todos os profissionais de saúde que pretendam otimizar a Comunicação de Risco Intra disciplinar e/ou a Comunicação de Risco com o Utente/Paciente.

1. CULTURA ORGANIZACIONAL

1.1. Cultura

O conceito de Cultura baseia-se, de acordo com Lima et al (2011), no desenvolvimento de inter-relações nos membros de uma equipa ou grupo de indivíduos e na capacidade que os mesmos apresentam para se adaptar no meio onde se encontram inseridos. Estes evidenciam a ideia de que a cultura pode moldar a identidade dos indivíduos e da equipa que colaboram com a organização.

Hofstede (1991) identificou o conceito de Cultura e referiu que este pode ser aplicado de duas formas: “cultura no sentido restrito” e cultura sob o ponto de vista da Antropologia Social (sob o ponto de vista da Programação Mental). O autor descreveu o conceito de Cultura de acordo com a linguagem ocidental, sendo este “equivalente a “civilização” ou “refinamento da mente” e designa muitas vezes o resultado desse refinamento, como sejam “a educação, a arte e a literatura” (Hofstede, 1991, p. 19). Na Antropologia Social, o conceito de Cultura abarca padrões de pensamento, comportamentos e sentimentos dos indivíduos. O autor refere que estão incluídos “não apenas as atividades consagradas a refinar a mente”, mas são também incluídas “todas as atividades simples e ordinárias da vida: cumprimentar, comer, mostrar ou esconder emoções, manter uma certa distância física dos outros, fazer amor ou manter a higiene do corpo” (Hofstede, 1991, p. 19).

A Cultura sob o ponto de vista Antropológico é, de acordo com Hofstede (1991), sempre um evento coletivo, dado que é partilhada por pessoas que vivem no mesmo meio social onde esta é adquirida. O autor evidencia que a Cultura não é herdada, através do património genético, mas sim adquirida ao longo do tempo, no contacto com o ambiente social que os rodeia.

Hofstede (1991) evidencia que as diferenças culturais se manifestam de várias formas. O autor identifica quatro termos que englobam totalmente o conceito de Cultura. São eles os *símbolos*, *heróis*, *rituais* e *valores*.

Os *símbolos* são, de acordo com o autor, “palavras, gestos, figuras ou objetos que transportam um significado particular que é apenas reconhecido pelos que partilham a cultura” (Hofstede (1991, p. 22). Estão incluídas nesta categoria a linguagem e o calão, forma de se vestir e apresentar (características físicas), símbolos, bandeiras e símbolos de estatuto. O autor refere que os símbolos não são permanentes, isto é, estão constantemente a surgir novos símbolos e a desaparecer os mais antigos; estes são também passíveis de ser copiados por outros grupos culturais.

O segundo termo identificado, os *heróis* são “pessoas, vivas ou falecidas, reais ou imaginárias,

que possuem características altamente valorizadas numa determinada cultura e que por isso servem de modelos de comportamento” Hofstede (1991, p. 22). O autor refere que podem ser figuras de desenhos animados, bandas desenhadas, e que possam estar associados a determinados países.

O terceiro termo são os *rituais*, em que Hofstede (1991) os identifica como sendo “atividades coletivas, tecnicamente supérfluas, para atingir fins desejados, mas considerados como essenciais numa determinada cultura” (Hofstede, 1991, p.23). Hofstede identifica formas de cumprimentar ou de difundir reverência ao próximo, bem como a realização de cerimônias de cariz social ou religioso.

Por fim, o quarto termo identificado por Hofstede (1991) são os *valores*. O autor define um valor “como a tendência para se preferir um certo estado de coisas face a outro”. Este identifica que valor é um “sentimento orientado”, sendo que existem dois lados: o positivo e o negativo (Hofstede, 1991, p. 23). Os valores são apreendidos pelo ser humano muito precocemente, sendo os mesmos expostos de forma inconsciente pelo mesmo.

A Figura 1 demonstra a representação gráfica dos diferentes níveis de manifestação de uma Cultura, definido por Hofstede em 1991. De acordo com o autor, a apresentação dos quatro conceitos podem ser comparadas com as várias camadas de uma cebola, em que os símbolos se apresentam na parte externa, seguidos pelos heróis, rituais, e por fim, no centro, os valores. Esta representação identifica os valores como sendo o termo mais profundo que se associa à identificação da cultura presente.

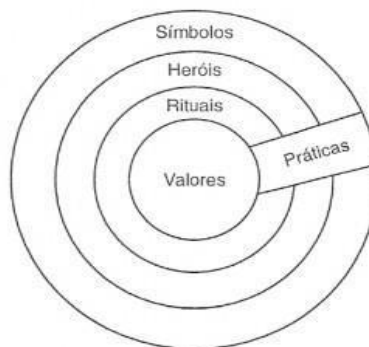


Figura 1 Diferentes níveis de manifestação de uma cultura, de Hofstede (1991)

1.2. Cultura Organizacional

De acordo com Șomărescu et al (2016), todas as organizações têm um “conjunto de elementos culturais tal como linguagens, tradições, símbolos, práticas, factos históricos e sociais que torna essa organização única” (Șomărescu et al, 2016, p. 91). A Cultura Organizacional sustenta-se em forças que se desenvolvem e são sedimentadas dentro da instituição, como a missão, os valores e a visão do fundador e dos administradores da mesma. Esta reflete aspetos da dinâmica organizacional que não são imediatamente perceptíveis, mas tem um enorme impacto na vida dos colaboradores e na qualidade de funcionamento da organização (Kwantes, 2015).

Begnami et al (2013) definem o conceito de Organização como sendo “um sistema cooperativo racional, de adesão e cooperação dos funcionários em todas as instâncias dentro de uma organização dependem da clareza em que são comunicados os valores, princípios, normas e objetivos inclusos na cultura e clima organizacional” (Begnami et al, 2013, p. 42).

Os elementos constituintes da Cultura podem interferir de forma significativa na forma como os indivíduos se vinculam à instituição, dado que a assimilação e a disposição do conjunto de valores, crenças, princípios e condutas é essencial para que estes se comprometam de uma forma sistematizada com a organização onde se encontram inseridos (Ungari et al, 2020).

A Cultura Organizacional evolui ao longo do tempo, sendo a mesma influenciada por inúmeras variáveis ambientais e/ou culturais (Lima et al, 2011). A mesma é passível de ser compartilhada e é efetivada pelo comportamento da organização, dos valores da mesma e das relações estabelecidas em redes organizadas, sendo que, consequentemente, formam a alusão aos comportamentos sociais, sendo assim possível antecipar o tipo de desempenho dos indivíduos inseridos nas equipas de trabalho em que estão inseridos (Begnami et al, 2013).

Șomărescu et al (2016) salientam que há uma relação de relevo entre a Cultura Organizacional e a performance organizacional, sendo que o processo comunicacional é considerado um catalisador do processo. Estes acrescentam que se pode tentar perceber a estrutura da organização e as suas dinâmicas, se se tiver em consideração a análise da sua cultura única e como essa cultura é influenciada e influencia, consequentemente, a comunicação da organização (Șomărescu et al, 2016). Fonseca et al (2018) evidenciam que tem sido comprovada a importância da gestão da cultura organizacional das instituições de saúde. Estes referem que “as diferentes áreas e profissionais de saúde têm sido influenciados pela cultura da organização”, sendo o principal desafio “evidenciar

aspectos que possam contribuir favoravelmente para as mudanças e melhorias nos resultados, na saúde do trabalhador, entre outros fatores inerentes ao processo de trabalho e sua gestão” (Fonseca et al, 2018, p. 320).

1.3. Teoria do Modelo de Valores Concorrentes

De acordo com Cameron e Quinn (2006), a Cultura “define os valores fundamentais, premissas, interpretações e abordagens que caracterizam uma organização”. Os autores referem que outras características organizacionais “poderão também refletir os quatro tipos de cultura” (Cameron e Quinn, 2006, p. 31).

A teoria da Estrutura dos Valores Concorrentes é extremamente pertinente e importante na “identificação das abordagens principais do design organizacional, estádios de desenvolvimento do ciclo de vida da organização, qualidade organizacional, teorias de efetividade, papéis de liderança e papéis dos gestores de recursos humanos, bem como habilidades de gestão” (Cameron e Quinn, 2006, p. 31). Esta teoria foi evidenciada como tendo uma concordância elevada na forma como organiza os valores e premissas que se encontram presentes, a forma como os colaboradores da organização pensam, bem como a forma como as informações são processadas a nível organizacional. A teoria descrita é baseada em duas dimensões. A primeira dimensão destaca os critérios “flexibilidade, discrição e dinamismo”, ou, por oposição a estes, os critérios “estabilidade, ordem e controlo” (Cameron e Quinn, 2006, p. 34). A segunda dimensão direciona-se para a avaliação de critérios como “orientação interna, integração e unidade”, ou, de forma oposta, direciona-se para a “orientação externa, diferenciação e rivalidade” (Cameron e Quinn, 2006, p. 34).

Estas duas dimensões, quando esquematizadas, ficam distribuídas em quatro quadrantes, os quais se distinguem pelas principais características organizacionais. Cada quadrante representa um agregado de indicadores que determinam a eficácia organizacional. Os quatro quadrantes vão “definir os valores fundamentais através dos quais os julgamentos acerca das organizações são feitos” (Cameron e Quinn, 2006, p. 35). Estes são apresentados como sendo os quatro grandes tipos de cultura organizacional – Clã, Adhocracia, de Mercado e Hierárquica.

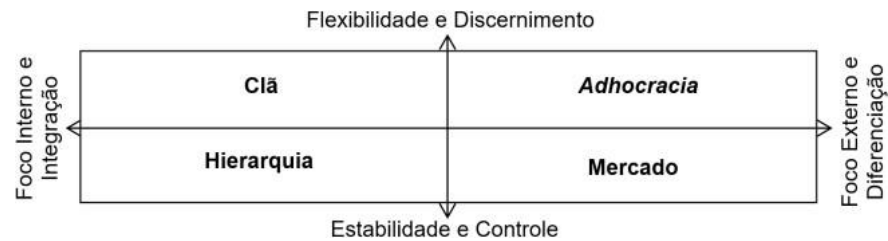


Figura 2 Adaptação do Modelo de Valores Concorrentes, de Cameron e Quinn (2006).

A cultura de Clã é identificada por apresentar um espaço de trabalho amigável, em que os colaboradores são considerados como família. A cultura de Adhocracia é caracterizada por apresentar um processo organizacional empreendedor, criativo e dinâmico. A cultura de Mercado está direcionada para um ambiente organizacional pensado para a obtenção de metas e/ou resultados, através da implementação de objetivos e ações competitivas. Por fim, a cultura Hierárquica está baseada em ter uma organização estruturada e formal, em que se privilegia a realização de tarefas através de procedimentos pré-estabelecidos.

2. COMUNICAÇÃO DE RISCO

2.1. Comunicação

A capacidade de comunicar é inerente aos seres humanos, sendo esta realizada através da comunicação interpessoal entre os indivíduos. O Homem é um ser social e sente necessidade de estabelecer relações na comunidade em que está inserido. Ao longo dos milhares de anos, a evolução do ser humano distanciou-o cada vez mais das espécies de animais. O aumento de tamanho do cérebro humano propiciou-lhe a capacidade de raciocínio mais complexo e a capacidade de transmissão de conceitos, pensamentos e emoções através da linguagem. A linguagem verbal e não verbal desenvolvida permite-lhe realizar o processo de Comunicação.

Não é consensual entre os investigadores a definição do conceito de Comunicação, bem como a forma em que esta se processa (Hampel, 2006). Este foi interpretado no passado de uma forma simples como sendo uma atividade complexa em que ocorre transferência de informação ou mensagem entre um emissor e um recetor. De acordo com Hampel (2006), as ciências sociais evidenciam que a compreensão do processo de comunicação é mais complexa do que a interpretação simples de transmissão de uma informação do emissor para o recetor. Este está sujeito a inúmeras interferências que vão prejudicar o processo de transmissão de informação. O emissor envia assim “sinais e símbolos que têm significados e são definidos dentro de um determinado contexto cultural e não podem pretender ser os mesmos em outros contextos sociais”. O recetor não “percebe apenas a informação, mas reconstrói ativamente o significado” (Hampel, 2006, p. 6). O autor acrescenta que um processo de Comunicação eficaz deve abranger a aplicação de um conjunto de sinais, símbolos, experiências e valores morais comuns, os quais levam a uma concordância entre os intervenientes.

A seleção do conteúdo e da forma como a informação é transmitida é essencial. De acordo com Rego (2022), as mensagens “representam a seiva da vida comunicacional” (Rego, 2022, p. 154), as quais são a base de todo o processo de comunicação.

A globalidade da informação que o emissor pretende transmitir envia “sinais” ao recetor, o qual vai atribuir um determinado significado. Os significados que o emissor e o recetor atribuem “à mesma mensagem podem ser completamente distintas” (Rego, 2022, p. 158). Este evidencia que o processo de comunicação não passa por uma transferência direta do significado da mensagem de um indivíduo

para outro, mas, pelo contrário, é considerado um processo complexo de interpretação e transformação.

Os desafios de Comunicação tornam-se significativos quando o emissor e o recetor não compreendem a percepção de cada um sobre uma determinada temática. A falta de compreensão por parte dos intervenientes pode estar associada a barreiras linguísticas, culturais ou barreiras pessoais, as quais estão vinculadas a predileções e princípios pessoais (Younhyung, 2021).

A qualidade e efetividade de comunicação resulta quando existe consensualidade no decorrer do processo (Qiu et al, 2016). O emissor tem de ter sempre em consideração os valores culturais do recetor da mensagem, sendo que os indivíduos de diferentes culturas podem utilizar e interpretar de forma diferente os conceitos transmitidos na comunicação verbal, como também toda a comunicação não verbal. É essencial ter em consideração que “as diferenças culturais podem suscitar problemas, equívocos e conflitos” (Rego, 2022, p. 129).

Massaroli et al (2021) referem que é extremamente importante considerar a comunicação como uma forma de solidificar a relação interpessoal dos indivíduos, e não apenas como uma forma de transmissão de informação. Para que a comunicação seja desenvolvida de forma efetiva, é necessário “incorporar ferramentas relacionadas à escuta ativa e qualificada, empatia, humildade, reflexão crítica e ao comprometimento” (Massaroli et al, 2021, p. 2).

2.2. Comunicação Organizacional

A Comunicação é a base de todas as organizações, as quais são o local em que ocupamos grande parte da nossa vida. É nas organizações que desenvolvemos as nossas funções laborais, na qual é essencial a transmissão e receção adequada de informações. Sem a existência da comunicação, “não pode haver organização, gestão, cooperação, motivação, vendas, oferta ou procura, marketing ou processos de trabalho coordenados” (Wiio, 1995, citado por Rego, 2022, p. 31). A Comunicação deve ser analisada como uma estratégia de gestão das organizações, em que se “deve considerar a questão humana, valorizando as pessoas e as suas capacidades funcionais, a fim de agregar mais pessoas com objetivos comuns de atingir resultados positivos para todos” (Oliveira et al, 2018, p. 7).

A Comunicação é considerada a forma através da qual é expressa a cultura organizacional (Uka et al, 2014). Esta é extremamente importante no seio das organizações, dado que é através dela que “os processos organizacionais são refletidos na transparência”, levando assim a que estas tenham

impactos na produtividade e no sucesso das entidades (Oliveira et al, 2018, p. 4). Um bom processo comunicacional é responsável “pelo bom funcionamento das relações entre as pessoas dentro e fora da organização, no que se referem às imagens e percepções construídas ao longo do processo de interação” (Oliveira et al, 2018, p. 4).

De acordo com Fewster-Thuente et al (2008, p. 41), as organizações da área da saúde são “um exemplo de um sistema social que consiste em grupos de indivíduos na sociedade que interagem uns com os outros para um propósito comum”, que é o proporcionar o “melhor atendimento ao doente” (Fewster-Thuente et al, 2008, p. 41). A comunicação é, de acordo com Petry et al (2017), uma ferramenta essencial no processo de humanização dos serviços de saúde.

A capacidade de desenvolver um processo comunicacional eficiente a nível organizacional vai levar a que todos os profissionais de saúde participem de “modo comprometido no cumprimento da missão das organizações de que fazem parte e dará aos cidadãos condições para tomarem decisões informadas em matéria de saúde, nomeadamente, quanto à prevenção e tratamentos, reduzindo as desigualdades” (DGS, 2023, p. 14).

A eficiência das instituições de saúde dependem de uma colaboração interdisciplinar entre os profissionais de saúde e os pacientes. Segundo Fewster-Thuente et al (2008), o nível de colaboração entre as equipas multidisciplinares de saúde geram um impacto direto nos resultados dos cuidados prestados ao paciente. As autoras referem que os resultados de saúde do paciente dependem diretamente da colaboração interdisciplinar e da comunicação com o mesmo.

A colaboração interdisciplinar desempenha, segundo Fewster-Thuente et al (2008), um papel crucial no processo de eliminação de erros e/ou duplicação de cuidados, bem como a clarificação de papéis a desempenhar pelos diversos elementos da equipa multidisciplinar. As falhas de comunicação assumem um papel muito relevante na área da saúde, dado que estas influenciam diretamente a prestação de cuidados de saúde ao paciente/utente, levando assim à ocorrência de erros irreversíveis (Conceição et al, 2019; Fewster-Thuente et al, 2008).

A inexistência de um plano estratégico de Comunicação dentro das organizações origina problemas relacionais a nível pessoal e profissional, e que, consequentemente levam à ocorrência de perturbações em vários níveis, tal como:

“inexistência de um diagnóstico atualizado referente a comunicação organizacional e o público de interesse; informações desencontradas; utilização de meios e linguagens não acessíveis; uso de codificações frágeis acarretando leituras incorretas; a falta de uma referência para a comunicação oficial;

mensagens muito complexas; dificuldade e falta de mecanismos para validar o processo de comunicação e retroalimentá-lo” (Pettry et al, 2017, p. 78).

2.3. Risco

A concepção atual sobre o Risco abarca a ideia central de que pode prever e controlar os eventos futuros, em que os riscos podem surgir na sequência de diversas situações, que já não são estáticos e previsíveis, como acontecia antes da revolução industrial, em que a vida era sujeita a fatalidades e/ou destino (Gondim, 2007; Lourenço, 2012).

A conceptualização do conceito “Risco” tem sofrido uma evolução significativa desde a altura dos descobrimentos (associação do risco de perda de navios, secundários a naufrágios). No entanto, foi ao longo das últimas quatro décadas que foi ocorrendo a maior transformação e adaptação do conceito ao dia-a-dia na nossa sociedade. O Risco evolui com a alteração da consciência e do entendimento dos indivíduos acerca do perigo e da segurança, sendo que estes são influenciados por fatores sociais e culturais (The Council of Canadian Academies, 2015).

O conceito de Risco encontra-se, atualmente, amplamente disseminado e aplicado em várias áreas totalmente distintas do conhecimento. Ainda não existe consensualidade em relação à uniformização da sua definição. No estudo ontológico sobre o conceito de Risco realizado por Aven et al (2011), os autores evidenciam que existe uma vasta pluralidade de formas abordar o conceito, sendo que abrange “perspetivas baseadas em probabilidade e valor esperado, bem como definições baseadas em eventos/consequências e/ou incertezas” (Aven et al, p. 1075).

O Risco, quando abordado sobre uma perspetiva científica, é objetivo e baseado na evidência. No entanto, os indivíduos e/ou comunidades abordam a incerteza de uma forma mais ampla, tendo em consideração a ocorrência de potenciais problemas (Hampel, 2006). Segundo o The Council of Canadian Academies (2015) o Risco é definido como sendo “as probabilidades de diferentes resultados possíveis e a gravidade desses resultados” (p. 12). Este está associado a uma série de incertezas e nem sempre pode ser quantificado, sendo que a sua comunicação não pode ser restringida a uma simples fórmula.

Segundo Qiu et al (2016), existem quatro características invariavelmente associadas à definição de Risco. Em primeiro lugar, o risco pode ter o significado da probabilidade de um acontecimento ocorrer. Em segundo lugar, a probabilidade de ocorrência pode aumentar quando o risco está presente. Em terceiro lugar, o risco pode estar associado a uma consequência. Por fim, em quarto lugar, o risco pode ter o significado de uma ameaça potencial ou uma adversidade. De forma similar ao

autor referido anteriormente, também o The Council of Canadian Academies (2015) evidencia que “há uma gama de perigos potenciais que podem representar riscos para a saúde, e esses riscos podem variar em gravidade, certeza, probabilidade e complexidade” (The Council of Canadian Academies, 2015, p. 12).

O ato de fornecer informações sobre o Risco permite que o indivíduo tenha a capacidade de tomar uma decisão informada sobre as ações que terão de ser tomadas perante o risco presente (Lloyd et al, 2021). Seguindo a linha de pensamento dos autores, a tomada de decisão da pessoa deve ter em consideração a frequência, a gravidade e as circunstâncias específicas em que o risco surge.

O ser humano nem sempre tem a capacidade de lidar com a incerteza. A incerteza é, segundo Gondim (2007), “um dado fundamental para a ação sob ameaças e riscos, seja ela decorrente da incompletude do conhecimento científico, seja função das falhas humanas ou mesmo e novamente do acaso”. A autora acrescenta que é extremamente importante ter consciência de que quando é tomada uma decisão sobre como resolver um problema que afete o ser humano, é necessário ter em consideração “o risco do erro e estabelecer estratégias que possam ser corrigidas no processo da ação, a partir dos imprevistos e das informações que se tem” (Gondim, 2007, p. 115).

De acordo com a WHO (2021), a noção de risco surge na sequência da avaliação de profissionais especialistas, bem como na população das comunidades, através da percepção associada ao risco existente. No entanto, a percepção entre os dois grupos de indivíduos não é similar, surgindo assim um conceito importante associado ao Risco, que justifica a forma como o risco é “visto” pelas pessoas - Percepção de Risco.

2.4. Percepção de Risco

A forma como o risco é percebido difere entre os indivíduos/população em geral e os peritos em determinada área. De acordo com Schmälzle et al (2017), os especialistas definem e quantificam o risco através de duas variáveis essenciais: a probabilidade de um acontecimento de risco ocorrer e a severidade das consequências desse mesmo evento. Por outro lado, os autores evidenciam que a percepção do risco pelos leigos é “mais complexa e é influenciada por características que vão além da probabilidade e da gravidade” (Schmälzle et al, 2017, p. 2).

A percepção de risco é definida por Weaver III et al (2008) como sendo a avaliação ou o julgamento de forma subjetiva de uma possível ameaça. José Nunes (2020) evidencia que a percepção de risco tem um cariz individual, no entanto esta é construída numa sociedade que lhe proporciona bases culturais que justificam a vivência do indivíduo perante a ameaça.

Rohrmann (2008) investigou o conceito de Percepção de Risco e definiu-o como sendo “os julgamentos e avaliações das pessoas sobre os perigos que elas (as suas instalações ou ambientes) estão ou podem estar expostas” (Rohrmann, 2008, p. 1). Percepções de Risco são nada mais que “interpretações do mundo, baseado em experiências e/ou crenças” (Rohrmann, 2008, p. 3). Estas impulsionam o(os) indivíduo(s) na tomada de decisões associada à aceitação dos riscos presentes. Weaver III et al (2008) evidenciam que

“a percepção do risco, e não o risco real representado por uma ameaça, parece ser o principal fator que orienta as reações cognitivas, emocionais e comportamentais provocadas quando as condições desafiam a saúde e a segurança de um indivíduo” (Weaver III et al, 2008, p. 603).

As diferentes percepções que o ser humano pode ter perante o Risco vão depender diretamente da natureza do mesmo, de fatores do indivíduo ou externos ao mesmo, tal como a idade, sexo, raça, fatores económicos, nível cultural e educação (Gondim, 2007), bem como as experiências que o indivíduo vivenciou no passado (Rego, 2022).

É frequente que as mensagens transmitidas não sejam decodificadas e processadas da mesma forma que o emissor as transmitiu. Os indivíduos recetores das mensagens tendem “a desconsiderar as que colidem com as suas perspetivas de vida ou não confirmam aquilo em que acreditam”, levando a que os mesmos selecionem e valorizem “apenas a informação que se ajusta às suas convicções e percepções” (Rego, 2022).

Na área da Saúde, os profissionais de saúde e a população em geral têm frequentemente uma percepção acerca dos riscos muito distinta entre si. O utente/paciente tem tendência a olhar para a indignação secundária à informação transmitida acerca do Risco, em detrimento da probabilidade de a potencial ameaça ocorrer. O profissional de saúde, pelo contrário, valoriza mais a possibilidade de o risco/ameaça ocorrer, e tem tendência a diminuir a importância da indignação (Nunes, 2020).

No decorrer do processo da transmissão de Risco ao paciente, é essencial que se tenha em consideração a individualidade do mesmo e a forma como este reage à informação transmitida. Os seus sentimentos podem distorcer a compreensão dos dados transmitidos, o que vai influenciar de forma negativa a sua capacidade de tomar decisões esclarecidas perante os fatos apresentados (Paling, 2003).

O conhecimento do Risco pelos profissionais de saúde e a transmissão do mesmo só tem validade quando este conseguir que o utente/paciente dê a importância necessária acerca do risco que

que tem sobre determinada condição da sua vida. Nunes (2020) explicita que o ato de importar o conhecimento “é “levá-lo para dentro de portas, dentro de si”, e “arrumá-lo” no seu esquema mental, compatibilizando-o com os seus valores, as suas crenças, a sua cultura, as suas capacidades e os seus recursos para enfrentar a ameaça” (Nunes, 2020, p. 5).

A forma como cada indivíduo dá real valor “aos dados e às percepções da magnitude do risco variam de acordo com o formato e o período usado para apresentar informações sobre o risco”, sendo que estes devem ser selecionados “para otimizar a compreensão do paciente e a capacidade de usar as informações de forma eficaz, e não com o propósito de persuasão” (Schapira et al, 2001, p. 466).

As motivações dos indivíduos associadas ao processo de decisão, entre aceitar ou evitar os riscos dependem de inúmeros fatores. Nestes podem-se incluir “a procura da experiência, o autoaperfeiçoamento, prazer em se encontrar em risco, prazer físico, procura de prestígio, pressão social, ganhos financeiros, falta de tempo ou meios e o subestimar do perigo” (Rohmann, 2008, p. 5).

2.5. Comunicação de Risco

Quando se aborda a possibilidade da existência de Risco, independentemente da sua origem, o ser humano tem tendência a avisar sobre o mesmo, evidenciando o perigo de ocorrer determinado acontecimento. De acordo com Gondim (2007), existe um sentimento de corresponsabilidade no Homem na proteção do outro, e, neste caso, comunicar o Risco.

O conceito de Comunicação de Risco surgiu na década de 70 do século XX, na sequência de contaminações ambientais nos Estados Unidos da América, secundária a aplicação de produtos químicos nas culturas agrícolas. Este conceito tem vindo a sofrer uma evolução significativa ao longo dos anos até à atualidade. Tem-se desenvolvido e aplicado em áreas diversas, dando resposta a acidentes industriais, desastres naturais, surtos de doenças infecciosas, e, em especial na área da Saúde Pública, através de uma base de pesquisa teórica e prática de ciências sociais, comportamentais e de saúde (Weaver III et al, 2008).

A OMS (2021) definiu Comunicação de Risco como a “troca em tempo real de informações, conselhos e opiniões entre especialistas ou funcionários e pessoas que enfrentam uma ameaça (risco) à sua sobrevivência, saúde ou bem-estar económico ou social” (OMS, 2021, p. 1). De acordo com Lourenço et al (2012, p. 3), a Comunicação de Risco “facilita o processo de partilha das informações, uma vez que proporciona a interação entre os indivíduos na sociedade moderna”, em que a mesma se baseia em “preparar os públicos de uma organização para situações instáveis que estão sujeitos a enfrentar. Públicos informados, treinados e preparados, tornam-se públicos aliados e confiantes”

(Lourenço et al, 2012, p. 3).

De acordo com Rohrmann (2000), Comunicação de Risco é definida como sendo um processo social, no qual ocorre a transmissão de informação de potenciais perigos para o ser humano, levando consequentemente aos mesmos a serem influenciados a mudanças de comportamento e na tomada de decisão esclarecida acerca da existência de riscos. O autor acrescenta que, no decorrer do processo de CR, encontram-se envolvidas a informação (mensagem a ser transmitida), a comunicação propriamente dita, o processo de educação e a gestão de tarefas que incorrem no processo da mesma.

Glik (2007) cita vários autores quando evidencia que a CR é um conceito que é aplicado, não apenas em situações de crise/emergência, mas também se aplica na promoção e comunicação em saúde. A intervenção realizada nos comportamentos de indivíduos e de grupos populacionais (de risco ou saudáveis), através da implementação de programas, práticas e políticas pelos profissionais de saúde, têm como intuito melhorar o estado de saúde e redução de disparidades na saúde dos mesmos.

Uma Comunicação de Risco eficaz deve-se traduzir na partilha “de informações que melhorem a percepção e compreensão do risco e que permite uma decisão compartilhada” (Ahmed et al, 2012, p. 1). Os autores acrescentam que se esta for efetuada de uma forma eficaz, pode levar a um desencadear de mudanças na forma de pensar e nas crenças pré-existentes, levando assim a mudanças de comportamento do paciente.

Segundo a linha de pensamento de Balong-Way et al (2020), é importante estabelecer que a comunicação multidirecional do risco é passível de ser colocada em causa através da sua eficiência, das questões éticas e da aceitabilidade perante o recetor em questão (indivíduo ou população). Os autores salientam que a validade dos argumentos pode ser aceite em determinados contextos, e, por outro lado, ser colocada em causa noutros.

A transmissão de informação ao paciente sobre o seu estado clínico deve ser realizada de forma clara e legível, tendo em consideração a capacidade de este assimilar a mesma (Ahmed et al, 2012; Morgado et al, 2020; Laight, 2022). Os profissionais de saúde devem construir uma relação com o utente baseada na confiança, em que é permitido ao último a exposição de dúvidas, preocupações e emoções secundárias à informação transmitida (Morgado et al, 2020). Estes devem aceitar a decisão que o paciente toma em relação ao Risco apresentado, mesmo que esta não se traduza na redução do mesmo (Ahmed et al, 2012).

De acordo com a WHO (2015), a transmissão de informação de Risco deve ter como base os quatro pressupostos, os quais são Valores, Confiança, Credibilidade e Empatia. De forma a construir

uma relação de confiança e transmitir credibilidade profissional para os utentes/clientes inseridos numa sociedade cada vez mais informada e exigente, a instituição de saúde necessita adotar uma postura de abertura e transparência (Lourenço, 2012).

A transmissão de informação de Risco pode ser realizada pelos profissionais de saúde de uma forma mais generalizada e abrangente, ou, pelo contrário, a informação pode ser direcionada para o indivíduo em questão. De acordo com Ahmed et al (2012), o uso da Comunicação de Risco personalizada ao utente/doente facilita a tomada de decisão na resolução do evento ou potencial ocorrência de evento. Os autores acrescentam que, quando o Risco está presente, mas que as suas consequências não estão bem claras ou definidas (pelas várias possibilidades de desfecho ou quando a base da evidência não é clara), a forma como este é transmitido vai depender dos valores do profissional de saúde e das características e valores pessoais do paciente, de forma a respeitar a sua individualidade e necessidades únicas.

Fornecer informações acerca do Risco permite que os pacientes tomem decisões conscientes e informadas (Lloyd et al, 2021). A tomada de decisão realizada pelo utente e pelo profissional de saúde vai colocá-la no “centro da ação e da responsabilidade pelo plano de cuidados que for decidido conjuntamente”, o que contribui diretamente para uma melhoria nos resultados terapêuticos e na satisfação dos intervenientes (Morgado et al, 2020, p. 16).

Nunes (2020) evidencia que “a CR é muito mais complexa do que o simples reflexo, pelo que o profissional deve ter presente que está a gerar um ato de fala com função referencial (transferir informação) e performativa (fazer coisas, neste caso, provocar emoções)” (Nunes, 2020, p. 13). O autor indica que comunicar o Risco é uma forma de transmitir conhecimento, provocando emoção no recetor da mensagem, que, consequentemente, leva a que o utente/paciente seja induzido à escolha e à ação. A forma como o profissional de saúde se comporta neste processo, para além de condicionar “a perceção do risco, o que é determinante para as escolhas, também provocam emoções que motivam ou desmotivam o paciente em relação a assumir os comportamentos desejados” (Nunes, 2020, p. 13).

De acordo com Cooke (2016), a comunicação ineficaz em equipas de saúde é uma das principais causas de um aumento significativo da ocorrência de erros na prestação de cuidados de saúde. Massaroli et al (2021) evidenciam que a comunicação pode ser “subjetiva e mal realizada pelos profissionais propiciando o desfecho de graves incidentes e lacunas involuntárias na comunicação interpessoal” (Massaroli et al, 2021, p. 2).

É essencial para os profissionais de saúde e todo o seio da gestão organizacional que

compreendam a dinâmica de todo o processo de CR. A eficácia da transmissão da CR e a satisfação dos indivíduos que apresentam propensão ao Risco vão depender de a capacidade dos profissionais transmitirem o mesmo de forma eficiente (Palenchar, 2002).

Perante as inúmeras definições encontradas na literatura, bem como aquelas que estão descritas anteriormente, e tendo em consideração a temática do presente estudo, assumo a definição de Risco:

Atitude/Comportamento do ser humano no decorrer do seu relacionamento interpessoal, realizada em circunstâncias específicas e no decorrer de um período específico, em que a incerteza está presente quanto às consequências, tanto a nível temporal como a sua severidade.

2.6. Modelo - Base do estudo

Após a realização da definição do conceito de Risco, foi elaborado um esquema em que exemplifica a interação do processo comunicacional a nível organizacional quando este surge/está presente, levando assim a evidenciar a importância da Comunicação de Risco na Gestão Organizacional. O diagrama abaixo apresenta, de forma sucinta, os conceitos abordados anteriormente e a forma como os mesmos se relacionam e interagem perante a presença de Risco.



Figura 3 Diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional (autoria própria)

Todas as instituições/empresas possuem uma cultura organizacional, a qual é criada e desenvolvida ao longo do tempo. Esta é consolidada através dos valores, símbolos, rituais e até heróis, os quais vão influenciar as práticas organizacionais no seu dia-a-dia. Quando surge o Risco na Organização, seja em forma potencial ou real, deve haver um processo de Comunicação Organizacional ou Comunicação Interna dinâmico, com o intuito de dar resposta eficiente face ao Risco. A Comunicação Interna tem como objetivo a transmissão de toda a informação pertinente a nível organizacional, quer a nível horizontal, quer a nível vertical, independentemente da dimensão da instituição.

De acordo com Portell, Gil, Losilla e Vives (2014), os profissionais que trabalham na área da saúde “estão expostos a riscos biológicos, químicos, ergonómicos, organizacionais e psicossociais” (Portell, Gil, Losilla e Vives, 2014, p. 1). Seguindo a linha de pensamento dos autores, as organizações de saúde apresentam características únicas, sendo que a origem do Risco pode advir de inúmeras fontes, sendo que em algumas situações “os pacientes são portadores de riscos”, e noutras circunstâncias, “o perigo que os profissionais de saúde enfrentam também ameaçam os pacientes e clientes de quem cuidam” (Portell, Gil, Losilla e Vives, 2014, p. 2). A Cultura Organizacional pode influenciar de forma como os seus colaboradores percecionam o Risco no decorrer do seu desempenho na mesma.

A perceção que cada indivíduo possui perante o Risco é única, sendo que a mesma é influenciada por experiências pessoais e profissionais. A avaliação ou juízo realizado perante ameaças ou perigos a que os colaboradores organizacionais possam estar expostos não é similar entre todos. Segundo Tangsgaard (2021), existe um reconhecimento pelos profissionais de saúde de que “os riscos são uma condição inevitável do seu trabalho”, no entanto, “a avaliação de situações de risco e como eles devem ser tratados diferem” (Tangsgaard, 2021, pp. 37-38), dependendo dos níveis de confiança transmitidos pela cultura presente nas organizações. A nível organizacional, a forma como esta está estratificada, as suas características organizacionais e todas as experiências passadas ajudam a sedimentar a forma de atuação dos seus colaboradores perante o Risco. Todos os símbolos, heróis, rituais, valores e práticas inseridos na Cultura Organizacional influenciam diretamente a forma como o Risco é percecionado pelos profissionais que colaboram com a organização. Uma boa adaptação do profissional na Cultura de uma instituição com os valores, missão, visão bem definidos, em que as práticas se encontram bem sedimentadas e/ou protocoladas, leva ao colaborador a que se “aculture” mais facilmente na Organização, levando a que, quando surgir o Risco, este seja identificado, eliminado e/ou mitigado de forma eficaz.

Quando a Comunicação Interna da Organização não existe ou é ineficiente, os colaboradores dos vários departamentos podem não obter a informação do Risco (potencial ou real), obter a informação de Risco tardiamente, ou até obter informação irrealista, obsoleta ou até errada sobre o Risco. Após a identificação do Risco, seja na sua forma potencial ou real, este deve ser transmitido para todos os departamentos necessários, com o intuito da intervenção para a prevenção do mesmo (no Risco potencial), ou na intervenção para a sua mitigação e/ou erradicação (na presença de Risco). Estabelecer um processo de Comunicação de Risco eficiente no seio das organizações torna-se assim essencial para facilitar a identificação, transmissão, gestão e mitigação do Risco no dia-a-dia dos seus colaboradores, o que leva, consequentemente, a uma melhoria da prestação de serviços pelos mesmos e a um ambiente de trabalho mais seguro.

A Cultura Organizacional pode necessitar ajustar as suas práticas, valores e rituais, de forma a colmatar as necessidades da mesma perante a presença do Risco. A título de exemplo, todas as organizações de saúde foram impelidas a efetuar profundas alterações organizacionais na altura da pandemia de COVID-19, de forma a dar resposta ao Risco presente. Inúmeras práticas, rituais e valores foram alterados e adaptados nas unidades de saúde, de forma a prestar cuidados aos doentes infetados com SARS-CoV, mantendo a segurança dos profissionais de saúde e prevenção da propagação do vírus. Na Organização de Saúde onde a investigadora exerce funções, surgiram novos símbolos e heróis, os quais foram transmitidos/partilhados a nível nacional. O plano de vacinação para o SARS-CoV iniciou-se no Centro Hospitalar São João, em que o Diretor Clínico do Serviço de Infeciosas, o Professor Sarmento, foi a primeira pessoa a ser vacinada a nível nacional. Este médico tornou-se um “herói” na instituição, dando o exemplo no processo de vacinação a nível nacional, dado que foi transmitido em direto pelos canais televisivos. A nível de símbolos, foi realizado um mural numa parede exterior do Hospital São João pelo artista Vhils, em que estão várias faces de colaboradores da organização, com o intuito de homenagear o esforço dos profissionais de saúde no período da pandemia. Este mural representa, na sua essência, a resiliência dos colaboradores no olhar destes, num período de incerteza e medo perante o Risco presente.

A nível das organizações de saúde, o Risco pode surgir de inúmeras formas. Os profissionais de saúde lidam diariamente com o Risco, seja em formato potencial, seja ele real. A Perceção do Risco dos profissionais que prestam cuidados de saúde vai-se desenvolvendo ao longo dos anos, sendo que a mesma é mais “apurada” em comparação com a restante população. Para além da formação de base dos seus cursos, as experiências vivenciadas no seu local de trabalho com inúmeras situações de Risco, sejam elas a nível interno (Comunicação Interdisciplinar), como a nível externo

(utentes/pacientes; comunicação com outras entidades) levam a uma capacidade de perceber o Risco de forma muito mais clara. É criada uma “bagagem” que sustenta a Cultura Organizacional da Organização ou do Departamento da Organização, através da retenção de valores organizacionais dos seus colaboradores, rituais e práticas, e tendo em consideração experiências de funcionários da instituição que deram o exemplo em alguma área (símbolos e heróis). Dada a possibilidade de que a experiência organizacional e a experiência dos seus colaboradores deve influenciar a dinâmica da Comunicação Organizacional, por conseguinte, podemos supor que a mesma poderá influenciar a forma como o Risco é percebido e como a Comunicação de Risco é realizada no seio organizacional.

3. METODOLOGIA

Metodologia é definida por Coutinho (2013) como um sentido um conceito mais vasto do que o conceito de método, dado que este “questiona o que está por trás, os fundamentos dos métodos, as filosofias que lhe são subjacentes”, e que vão influir sempre “sobre as escolhas que faz o investigador” (Coutinho, 2013, p. 25).

De acordo com Creswell (2010), as questões de investigação abordadas “pelos pesquisadores das ciências sociais e da saúde são complexos, e o uso de abordagens qualitativas ou quantitativas em si é inadequado para lidar com essa complexidade” (Creswell, 2010, p. 238).

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa, sendo que a investigadora pretende, de acordo com Coutinho (2010), “assumir uma atitude científica, distanciada e neutra”, com o intuito de os dados recolhidos possam dar resposta às “solicitações do próprio investigador” de uma forma mais objetiva (Coutinho, 2010, p. 27).

No processo de elaboração deste estudo, foi definida a questão de investigação: *De que forma a Cultura Organizacional influencia a Comunicação de Risco dos Enfermeiros a nível interno e externo?* Perante a questão de investigação elaborada, tornou-se essencial definir o objetivo geral do estudo: *Conhecer a perceção dos Enfermeiros sobre a influência da Cultura Organizacional na Comunicação de Risco*. Na sequência do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a caracterização sociodemográfica dos Enfermeiros;
- Conhecer o tipo de Cultura Organizacional presente na ULS da Região Norte de Portugal;
- Compreender a perceção que os Enfermeiros têm sobre comunicação no contexto organizacional;
- Conhecer a perceção dos Enfermeiros acerca do conceito de Comunicação de Risco;
- Conhecer a perceção da Comunicação de Risco efetuada entre profissionais de saúde (equipas multidisciplinares) e entre os Enfermeiros e o Utente/Paciente;
- Identificar possíveis lacunas e/ou erros de Comunicação na Organização;
- Elaborar linhas orientadoras para Enfermeiros Gestores acerca de Comunicação de Risco efetiva.

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos, será feita uma abordagem metodológica quantitativa, através da aplicação de questionários.

3.1. Desenho de Investigação

Após a definição da temática de interesse para investigação, foi essencial realizar uma planificação das etapas essenciais no desenvolvimento do presente estudo. A abordagem do processo de investigação foi dividida em duas fases. Estas estão identificadas na figura abaixo:

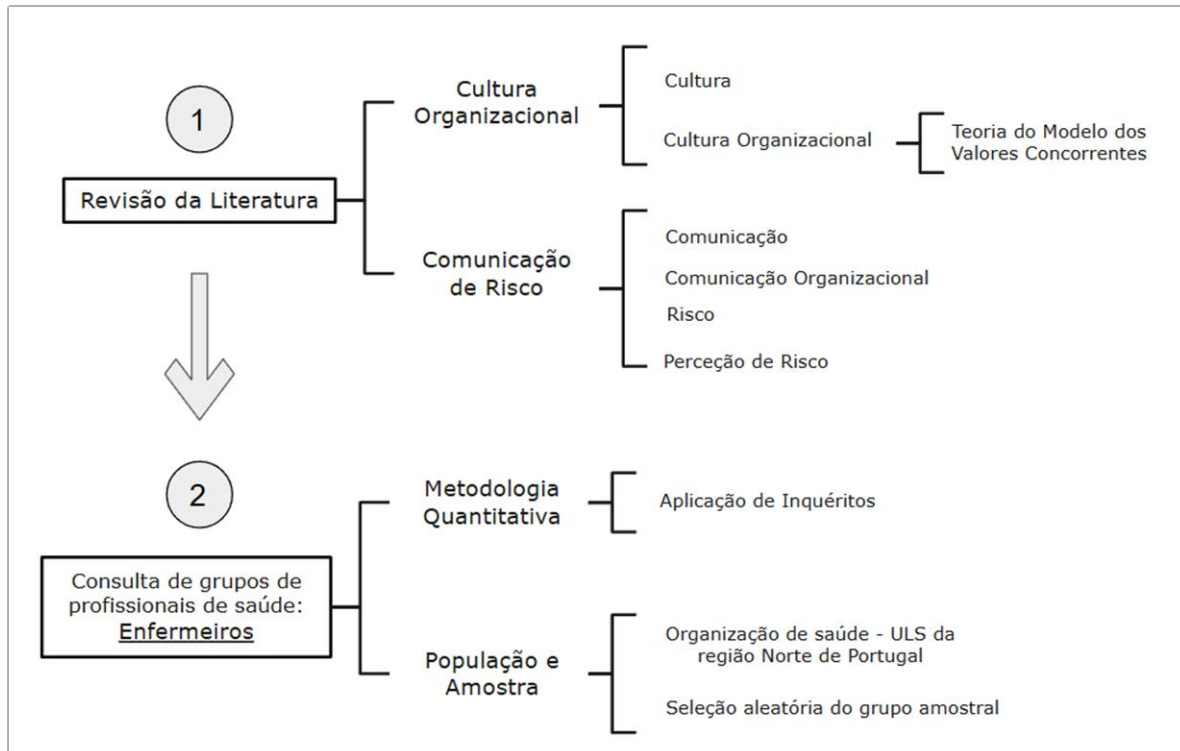


Figura 4 Diagrama das fases que constituem o estudo com o tema Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco

Na primeira etapa, a Revisão da Literatura, foi realizada uma pesquisa abrangente dos conceitos de Cultura Organizacional e Comunicação de Risco. Associado ao conceito de Cultura Organizacional, desenrolou-se a necessidade de estender o processo de pesquisa para o conceito de Cultura. Tornou-se essencial perceber a noção do que é a Cultura na sua essência, para posteriormente a poder caracterizar a nível organizacional. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed, Google Académico, EBSCO host, CINAHL Complete, utilizando as palavras MeSH “Organizational Culture”, com o intuito de formular a frase Booleana “Organizational Culture *and* Healthcare”, de forma a obter uma seleção de artigos redigidos em português, inglês e espanhol. Paralelamente, foi realizada uma investigação cinzenta da literatura, através da pesquisa de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas dos artigos selecionados nas pesquisas iniciais. Este processo ajudou a definir a evolução

deste estudo, bem como o enriquecimento da compreensão dos conceitos de Cultura e Cultura Organizacional.

O segundo conceito em análise, sendo este o mais interessante do ponto de vista de investigação, é a Comunicação de Risco. A nível nacional, é um tema que não é vulgarmente abordado, sendo que as referências bibliográficas de literatura portuguesa são escassas. Este foi abordado por um docente do presente Mestrado (MGUS) numa aula da cadeira de Comunicação em Saúde. Após uma breve pesquisa acerca do tema, verificou-se uma área de estudo mais complexa. Por tal facto, sentiu-se a necessidade de alargar a extensão do estudo desta temática, dividindo inicialmente os conceitos. Foi analisado o conceito de Comunicação no seu âmbito, seguindo-se para o processo comunicacional a nível das Organizações. Perante a segunda parte do conceito inicial, o Risco, foi realizada uma análise do conceito a nível geral e do conceito associado à área da saúde. Perante esta recolha de informação essencial para aprofundar o conhecimento do conceito, foi necessário pesquisar também o conceito de Percepção de Risco, em especial associado ao setor da saúde. Posteriormente, após a interiorização dos conceitos base, foi realizada uma pesquisa com a conjunção dos dois conceitos direccionados para a área assistencial da saúde – Comunicação de Risco. Da mesma forma que o conceito de Cultura Organizacional, foram também realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed, Google Académico, EBSCO host, CINAHL Complete, utilizando as palavras MeSH “Risk”, “Risk Perception” e “Risk Communication”, com o intuito de formular as frases Booleanas “Risk *and* Healthcare”, “Risk Perception *and* Risk Communication” e “Risk Communication *and* Healthcare”, de forma a obter uma seleção de artigos associados ao tema. Paralelamente, foi realizada uma investigação cinzenta da literatura, através da pesquisa de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas dos artigos seleccionados nas pesquisas iniciais. Foram seleccionados artigos de autores que direccionaram o conceito de Comunicação de Risco para a área assistencial, privilegiando a comunicação entre profissionais de saúde na sua prática diária e a comunicação de profissionais de saúde com o utente/paciente.

Na segunda etapa foi realizada a consulta acerca da temática em estudo em grupos de profissionais de saúde, nomeadamente profissionais que exercem funções de Enfermagem na ULS da região Norte de Portugal seleccionada. A forma de seleção dos elementos da amostra pertencentes ao grupo de profissionais de saúde – Enfermeiros - foi realizada de forma aleatória. No entanto, a selecção do Grupo Profissional específico, em detrimento de uma representatividade da totalidade da população que exerce funções na ULS seleccionada, para a análise da influência das variáveis do estudo –

Enfermeiros – foi intencional. A seleção não aleatória do grupo profissional em questão prende-se essencialmente pela constante necessidade de comunicar o Risco na sua prática profissional na Organização onde exercem funções.

Dado que a investigadora exerce a mesma profissão que o grupo de profissionais de saúde inquiridos – Enfermagem, foi considerada pela mesma a realização de uma reflexão acerca de experiências a nível profissional na organização onde a mesma exerce funções. Após uma ponderada reflexão, foi definida a realização de uma tabela situações em que a Comunicação de Risco não foi eficaz na instituição onde a investigadora exerce funções – Observação Direta e Indireta do Participante.

3.2. Recolha de Dados

Dando seguimento ao estudo da temática selecionada, foi definido que o mesmo seguirá a metodologia quantitativa para a análise de dados. Por tal, foi elaborado um Inquérito, realizado na plataforma *GoogleForms*, o qual se apresenta dividido em secções bem definidas. Foi aplicado o Inquérito inicial a um grupo de indivíduos com a profissão de Enfermagem, e que exercem funções na ULS selecionada, localizada na região Norte de Portugal. Este foi construído e dividido em 6 secções, em a primeira secção apresenta o tema do estudo e o objetivo geral do mesmo, apresenta a informação acerca do consentimento informado e da confidencialidade dos dados obtidos, da investigadora, do Professor que está a orientar o mesmo, do Curso e da Universidade onde a investigadora está a realizar a formação.

A segunda seção está direcionada para a avaliação do tipo de Cultura Organizacional que predomina na organização. Com o intuito de identificar a tipologia da cultura organizacional predominante na instituição em estudo, foi utilizado questionário elaborado por Cameron e Quinn (2006), intitulado de Organizational Culture Assessment Instrument - Escala OCAI. Esta escala foi desenvolvida pelos autores tendo como base a Teoria dos Valores Contrastantes. A mesma é subdividida em seis tópicos, nos quais são descritas quatro afirmações associadas aos quatro tipos de Cultura Organizacional as quais permitem avaliar características culturais presentes nas organizações (*Caraterísticas Dominantes, Liderança Organizacional, Gestão dos Colaboradores, Coesão Organizacional, Ênfase Estratégico e Critério de Sucesso*), de acordo com a Teoria do Modelo de Valores Concorrentes, de Cameron e Quinn (2006). O processo de resposta desta escala foi preconizado pelos autores para atribuir pontuação a cada uma das dimensões culturais, numa escala de até 100 pontos. Porém, estes também consideraram válido a utilização de uma escala de Likert de

7 pontos, em que o valor 1 corresponde a uma frequência de “Muito Raramente”, e o valor 7 corresponde a uma frequência de “Muito Frequentemente”. Optou-se por selecionar a aplicação da escala de Lickert para a resposta da Escala OCAI, tendo em consideração de que a aplicação da escala de Likert simplifica o processo de resposta do questionário, e que a mesma foi utilizada com sucesso previamente por Ferreira et al (2007) e por Lourenço (2016).

Os seis tópicos e as respetivas afirmações da Escala OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) são os seguintes:

- Caraterísticas dominantes

- A – A organização é muito familiar. As pessoas parecem partilhar muito de si próprias.
- B – A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a comprometer-se e a assumir riscos.
- C – A organização é muito orientada para os resultados. Uma das maiores preocupações é concretizar o trabalho. As pessoas são competitivas e orientadas para os resultados.
- D – A organização é muito controlada e estruturada. As pessoas são orientadas por normas formais e estabelecidas.

- Liderança Organizacional

- A – Na organização, a liderança é geralmente exemplo de apoio, aconselhamento e treino.
- B – Na organização, a liderança é geralmente exemplo de empreendedorismo, inovação e disposição para correr riscos.
- C – Na organização, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, combatividade e orientação para os resultados.
- D – Na organização, a liderança é geralmente exemplo de coordenação e de gestão contínua da eficiência.

- Gestão dos colaboradores

- A – O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por promover o trabalho de equipa, consenso e participação.

- B – O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo.

- C – O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por desenvolver a competitividade, promover os resultados e cumprimento dos objetivos.

- D – O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por zelar pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.

- Coesão organizacional

- A – O que mantém a organização coesa é a lealdade e confiança mútua. O compromisso para com a organização é elevado.

- B – O que mantém a organização coesa é o compromisso para com a inovação e crescimento.

O que importa é estar na vanguarda.

- C – O que mantém a organização coesa é o compromisso para com a consecução e superação de objetivos. Ganhar, ser enérgico e combativo, são temas correntes.

- D – O que mantém a organização coesa são as políticas e regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais.

- Ênfase estratégico

- A – Para a organização é importante o desenvolvimento das pessoas. Valorizam a confiança, a abertura e a participação.

- B – Para a organização são importantes a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valorizam as novas experiências e a prospeção de novas oportunidades.

- C – Para a organização é importante a competitividade e os resultados. A ênfase está na superação dos objetivos ambiciosos e na supremacia de mercado.

- D – Na organização é importante a permanência e a estabilidade. Privilegiam o controlo, eficiência e fluidez das operações.

- Critério de sucesso

- A – O sucesso da organização define-se com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho de equipa, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação para com as pessoas.

- B – O sucesso da organização define-se com base na singularidade e novidade dos seus produtos e serviços. É líder no produto e na inovação.

- C – O sucesso da organização define-se com base na conquista e supremacia de mercado. Os pontos-chave são a liderança de mercado e vantagem competitiva.

- D – O sucesso da organização define-se com base na eficiência. Os aspetos cruciais são a satisfação dos compromissos, o planeamento e o controlo de custos.

A seção número 3 do Questionário aborda a Comunicação Interdisciplinar, e é composta por 9 dos 34 itens que constituem a Escala De Comunicação Interpessoal em Saúde, criada por Cláudia Brás (2022). Esta Escala tem como objetivo primordial a avaliação da comunicação realizada entre profissionais de Saúde, na qual são abordadas três dimensões: *Trabalho em Equipa, Gestão de Conflitos e Liderança*. As afirmações selecionadas para o Questionário foram selecionadas tendo em consideração a intencionalidade de recolha de dados direcionada para a Comunicação do Risco a nível interdisciplinar, sendo que a maioria está englobada nas dimensões de Liderança e Gestão de Conflitos (aglutinadas pela autora da Escala):

- Obtenho elementos que me permitem compreender o impacto das minhas ações e o modo como estão a ser recebidas e interpretadas pelos outros;
- Revejo cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação que transmito aos membros da equipa;
- Faculto aos membros da equipa indicações de como estão ou não estão a ser bem-sucedidos na realização dos cuidados;
- Informo a equipa acerca das minhas perceções, pensamentos e necessidades;
- Sou claro e conciso na partilha de mensagens junto da equipa de saúde;
- Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipa;

- Transmito aos outros elementos da equipa a informação relevante que os utentes me transmitem;
- Efetuo registos claros e adequados (escritos e eletrónicos) das reuniões;
- Referencio pessoas/instituições para ajudar a resolver problemas.

A quarta secção do Questionário é dedicada à colheita de informação acerca do processo de comunicação entre profissionais de saúde e utentes/pacientes, através da utilização de 12 dos 23 itens que constituem a *Minho Communication Assessment Scale* (2020). Esta escala de avaliação de comunicação é composta por cinco dimensões: *Estrutura, Modo de Questionar, Comportamento e Postura, Clareza de Informação e a dimensão Emocional*. Foram selecionadas afirmações que se encontram enquadradas pelos autores da *Minho Communication Assessment Scale* (2020) nas dimensões *Modo de Questionar, Comportamento e Postura e a dimensão Emocional* (4 afirmações de cada dimensão), com o intuito de recolher sobre a perceção que os Enfermeiros possuem sobre o processo de Comunicação do Risco com os Utentes/Pacientes. Tendo em consideração o objetivo do estudo, foram introduzidas as seguintes afirmações no Questionário:

- Respeito o tempo de resposta do utente/paciente;
- Utilizo estratégias adequadas para esclarecer a informação fornecida pelo utente/paciente;
- Exploro e faço uma gestão adequada das emoções do utente/paciente;
- Crio uma relação empática com o utente/paciente;
- Exploro as crenças do utente/paciente e respondo às suas preocupações;
- Mantenho contacto visual apropriado;
- Uso linguagem clara evitando termos técnicos;
- Demonstro respeito pelo utente/paciente;
- Evito julgamentos ou juízos de valor;
- Uso tom, volume e velocidade de fala apropriados;
- Utilizo estratégias apropriadas para verificar se o utente/paciente entendeu a informação;
- Mantenho uma resposta emocional adequada.

Por fim, na última seção, são apresentadas questões para caracterizar a amostra da população em estudo. Os dados sociodemográficos selecionados para recolha foram:

- Sexo;
- Idade (anos);
- Classe profissional;
- Exercício de funções na ULS na área assistencial direcionado para cuidados de saúde primários/cuidados de saúde secundários/ambos;
- Experiência profissional (anos);
- Habilitações literárias/formação académica;
- Possui formação específica na área da Comunicação?
- Se possui formação específica na área da Comunicação, especifique a mesma.

Posteriormente, foi acrescentada uma nova seção ao inquérito, a qual aborda as temáticas Risco, Comunicação de Risco e Perceção de Risco. Esta secção foi adicionada no seguimento das questões direcionadas para a Comunicação (Comunicação Interdisciplinar e Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente). A amostra 2 da população em estudo respondeu ao inquérito num segundo momento temporal, sendo o mesmo aplicado à população de Enfermeiros da ULS da região Norte de Portugal, após a autorização oficial das entidades competentes da mesma. Ao adicionar esta secção (que se encontra dividida em duas partes), pretendeu-se aprofundar o conhecimento da perceção dos Enfermeiros perante a gestão da Comunicação de Risco na organização em estudo.

À exceção da parte II da secção Risco, Comunicação de Risco e Perceção de Risco presente no Inquérito realizado, em que apresenta a seleção de escolha múltipla nas 3 questões apresentadas, são utilizadas Escalas de Likert para o grupo de Enfermeiros poderem responder de uma forma mais rápida e simples. Para esclarecimento do propósito das questões colocadas nesta secção ao grupo de *experts* (Enfermeiros), foi colocado no início da secção do questionário a definição de cada um dos conceitos referidos anteriormente, a identificação de exemplos práticos de Risco Potencial e Risco Presente na prática clínica, bem como a identificação de Estratégias para Comunicar o Risco. Nesta temática global, foi realizada uma subdivisão com o intuito de aprofundar a existência do Risco no exercício da atividade profissional dos elementos da segunda amostra. A primeira parte aborda a avaliação da perceção da presença de Risco no processo de desempenho de funções no seio da organização, tanto

a nível da Comunicação Interdisciplinar, como a nível da Comunicação do Enfermeiro – Utente/Paciente.

A elaboração das questões desta secção do Inquérito teve como base toda a bibliografia considerada pertinente associada à temática, e que permitiu a construção do capítulo da Revisão da Literatura. Na sequência da construção do capítulo anteriormente referido, foram selecionados alguns artigos de alguns autores que impulsionaram o desenvolvimento do estudo, nomeadamente na redação dos tópicos associados ao Risco, Comunicação de Risco e Perceção de Risco. Foram elaboradas 11 questões, tendo como base a utilização de escalas de Likert, numeradas de 1 a 5, sendo o número 1 atribuída a resposta de “*Discordo Totalmente*”, e o número 5 a resposta de “*Concordo Totalmente*”. As questões criadas para inquirir a amostra da população em estudo (Secção sobre o Risco, Comunicação de Risco e Perceção de Risco Parte I) apresentam-se discriminadas a seguir:

- No desenrolar do desempenho de funções pode ocorrer o Risco;
- Tenho facilidade em percecionar situações em que o Risco pode ocorrer;
- Tenho facilidade em percecionar situações em que o Risco ocorreu;
- A Perceção de Risco é assimilada de forma semelhante para todos os indivíduos da equipa multidisciplinar;
- A Perceção de Risco é assimilada de forma semelhante para profissionais de saúde e para utentes/pacientes;
- Utilizo estratégias adequadas para comunicar o Risco junto da equipa multidisciplinar;
- Utilizo estratégias adequadas e adaptadas ao utente/paciente para lhe comunicar o Risco;
- A organização onde exerço funções tem planos estratégicos definidos e implementados associados à temática Risco;
- Os planos estratégicos da Organização associados ao Risco são claros e fáceis de implementar;
- Existe um bom plano de Comunicação Interna associado ao Risco e ao processo de Comunicação de Risco;
- Estão, atualmente, presentes lacunas que limitam a Comunicação de Risco na Organização onde exerço funções.

As questões selecionadas para a Parte II desta secção são de escolha múltipla, sendo que todas apresentam a opção “outros”, seguida de uma alínea a questionar outras opções possíveis para justificar o que é questionado. As questões apresentam-se discriminadas a seguir:

- Como consegue perceber a possibilidade de estar perante a presença de Risco?
- Identifique as lacunas que possam existir na Organização onde exerce funções, associadas à possibilidade da presença de Risco e no processo de Comunicação de Risco.
- Identifique os obstáculos com que se depara no seu exercício profissional quando transmite Comunicação de Risco ao utente/paciente.

A tabela a seguir indica os autores e respetivos artigos, através dos quais a investigadora se baseou para a elaboração da última secção do Inquérito (Risco, Perceção de Risco e Comunicação de Risco).

Tabela 1 Bibliografia para fundamentação das questões acerca da Comunicação de Risco no Questionário.

Autor(es)	Ano	Referência Bibliográfica	Pertinência do artigo
Conceição, L. A.; Marcellos, L. N. & Rached, C. D. A.	2019	Comunicação Organizacional: Com Ênfase na Equipe de Saúde	Identificação de tipologias de comunicação em saúde e desafios da equipa multidisciplinar no desenrolar do seu desempenho
Harris, E. P., MacDonald, D. B., Boland, L., Boet, S., Lalu, M. M. & McIsaac, D. I.	2019	Personalized perioperative medicine: a scoping review of personalized assessment and communication of risk before surgery	Scoping Review direcionada para a avaliação personalizada do paciente e a transmissão da Comunicação de Risco
Council of Canadian Academies	2015	Health Product Risk Communication: Is the Message Getting Through?	Pontos essenciais no processo de combinar perguntas e metodologia de avaliação do processo de Comunicação de Risco
Zimuknd-Fisher, B. J.	2013	The right tool is what they need, not what we have: a taxonomy of appropriate levels of precision in patient risk communication	A transmissão da Comunicação de Risco deve ser adaptada às necessidades singulares de cada paciente e do teor da mensagem transmitida
Rohrmann, B.	2000	A socio-psychological model for analyzing risk communication processes	Apresentação de um modelo amplo sobre o processo de Comunicação de Risco; Identificação de barreiras associadas à transmissão da Comunicação de Risco
Rowan, K. E.	1994	Why Rules for Risk Communication	Identificação de limitações e/ou

Autor(es)	Ano	Referência Bibliográfica	Pertinência do artigo
		Are Not enough: A Problem-Solving Approach to Risk Communication	obstáculos no processo de Comunicação de Risco efectivo

3.3. População e Amostras

A população alvo que se pretende investigar é a população de profissionais de saúde - Enfermeiros – com vinculação a uma Unidade Local de Saúde, situada na região Norte de Portugal, e que exercem funções na área assistencial (Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares). Foi efetuada recolha de dados em dois momentos distintos, o que se repercutiu na existência de dados de dois grupos amostrais da população em estudo.

A primeira recolha de dados decorreu no período de 6 de março de 2024 a 4 de abril de 2024, através de uma seleção aleatória de enfermeiros a exercer funções de prestação de cuidados de saúde diretos aos pacientes/utentes da ULS da região Norte de Portugal.



Figura 5 Seleção dos itens do diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional na primeira recolha de dados

Esta recolha de dados foi realizada de forma direta, sendo que o questionário formulado foi enviado diretamente para o e-mail pessoal dos mesmos. A primeira colheita de dados teve como objetivo a recolha de informação acerca da perceção dos Enfermeiros sobre a tipologia de Cultura Organizacional predominante e/ou evidências de rasgos de Cultura na organização, bem como a forma como a Comunicação é realizada no seio desta, tanto a nível interno (Comunicação Intradisciplinar) como externo (Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente).

O valor total da amostra recolhida nesta metodologia $n=22$, sendo 6 elementos do sexo

masculino e 15 do sexo feminino. Um indivíduo não respondeu a este item. O valor médio de idades dos profissionais desta amostra é de 43,82 anos, tendo o elemento mais novo 30 anos e o mais velho 57 anos. De toda a amostra, à exceção de 1 elemento, que exerce funções na instituição na valência de cuidados de saúde primários, todos os elementos exercem funções de prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar (cuidados de saúde secundários). A nível da experiência profissional, todos os elementos da amostra têm seis ou mais anos de exercício de profissão. A moda da faixa de experiência profissional é 26-30 anos de profissão. Relativamente às habilitações literárias, todos os elementos da população amostral têm o grau académico de Licenciatura. Acrescido à Licenciatura, 5 elementos possuem uma Pós-Graduação, 4 elementos têm o grau de Mestre e 10 elementos têm uma Especialidade em Enfermagem. A nível de formação direccionada para a Comunicação, apenas 2 elementos referiram ter realizado cursos nessa área.

A segunda recolha de dados foi realizada através da instituição da população em estudo – ULS da região Norte de Portugal. O período da recolha de dados foi entre 28 de maio de 2024 e o dia 28 de junho de 2024, tendo conseguido uma amostra de 12 elementos.



Figura 6 Seleção dos itens do diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional na segunda recolha de dados

Para a segunda fase da recolha de dados, foi realizado um pedido de autorização à Direção Executiva da ULS e à Comissão de Ética da mesma, com o intuito de o Inquérito ser distribuído pelo email oficial da instituição de cada Enfermeiro. A aplicação do Inquérito nesta segunda fase teve como objetivo, para além da recolha de dados associada à percepção dos Enfermeiros acerca da Cultura Organizacional e Comunicação Organizacional, mas, efetuar uma recolha de dados sobre as percepções dos Enfermeiros acerca dos conceitos Risco, Percepção de Risco e Comunicação de Risco na sua

prática do dia-a-dia no seio da organização onde exercem funções.

Do total da amostra, 4 profissionais de Enfermagem são do sexo masculino e 8 do sexo feminino. A média de idades desta amostra é superior à média de idades do grupo amostral 1, sendo o valor 46,42 anos. A nível da direção assistencial da prestação de cuidados ao utente/paciente, sete elementos exercem funções em cuidados de saúde primários e 5 exercem funções em meio hospitalar (cuidados de saúde secundários). A segunda amostra é mais homogénea a nível de anos de experiência profissional, sendo que todos os elementos da mesma têm pelo menos 16 anos de profissão. Quanto às habilitações literárias, a totalidade do grupo amostral possui Licenciatura (n= 12). Para além do grau académico de Licenciatura, 1 elemento da amostra possui Pós-Graduação, 3 elementos possuem uma Especialidade em Enfermagem, 4 elementos têm o grau de Mestre e 1 elemento possui Doutoramento. Todos os elementos desta amostra referiram que não realizaram formação direcionada para a Comunicação.

Tabela 2 Caracterização dos grupos amostrais 1 e 2 da população em estudo.

Variáveis	Amostra 1 (n = 22)	Amostra 2 (n = 12)
Sexo		
Masculino	6	4
Feminino	15	8
Não respondeu	1	
Idade (anos)		
Valor inferior	30	40
Valor superior	57	58
Média	43,818	46,416
Classe Profissional		
Enfermeiro(a)	22	12
Experiência Profissional (anos)		
0 - 5	0	0
6 - 10	3	0
11 - 15	4	0
16 - 20	3	4
21 - 25	4	4
26 - 30	6	1
31 +	2	3
Habilitações Literárias		
Bacharelato	0	0
Licenciatura	22	12
Pós-Graduação	5	1
Especialidade	10	3
Mestrado		

Variáveis	Amostra 1 (n = 22)	Amostra 2 (n = 12)
Doutoramento	4 0	4 1
Formação em Comunicação		
Sim	2	0
Não	20	12

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Observação Direta e Indireta do Participante

Tendo em consideração que a investigadora possui a mesma profissão que o grupo de profissionais de saúde inquiridos nas 2 amostras, a mesma realizou uma Observação Direta e Indireta acerca de circunstâncias que ocorreram no decorrer da sua atividade profissional em que surgiram obstáculos e/ou lacunas no processo de transmissão da Comunicação de Risco efetiva. O período temporal em que este processo foi realizado decorreu entre 1 de novembro de 2023 a 30 de julho de 2024. Abaixo encontram-se duas tabelas, nas quais discriminam dois tipos de “adversidades” no processo de Comunicação de Risco, ocorridos em situações distintas: Comunicação Interdisciplinar e Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente, sendo que a primeira descreve a Observação Direta do Participante e a segunda descreve a Observação Indireta do Participante. A Observação Direta do Participante remete para experiências vivenciadas pela investigadora no seu local de trabalho, enquanto na Observação Indireta do Participante são abordadas situações em que as situações foram vivenciadas por outros elementos da equipa, e que foram reportados com o intuito de mitigar o Risco já presente e/ou prevenir o Risco na sua forma potencial. De referir que é frequente a ocorrência de situações em que o processo de Comunicação de Risco a nível interdisciplinar e no processo de Comunicação de Risco entre Enfermeiro e utente/paciente. No período de observação não foram registadas e enumeradas de forma exaustiva, tendo em consideração que a identificação e registo de algumas das situações em que o Risco se apresentou nas formas potencial e/ou real podem ter implicações éticas, deontológicas e/ou morais.

Tabela 3 Descrição das circunstâncias em que a Comunicação de Risco não foi eficaz - Observação Direta do Participante.

Circunstância do dia-a-dia	Descrição	Conexão com a Cultura Organizacional	Conexão com a Comunicação de Risco
Comunicação Interdisciplinar	Paciente Insuficiente Renal deu entrada no SU após queda. Relatado nas notas clínicas que este “faria sessão de Hemodiálise” no dia seguinte na clínica onde estava alocado em regime de ambulatório. Paciente enviado no dia seguinte pela equipa de Enfermagem do SU para a sala de HD para realizar tratamento. Nefrologista não tinha conhecimento do paciente. O mesmo não tinha critérios para realizar sessão de Hemodiálise de urgência. Necessidade de contactar a equipa de Enfermagem do SU para esclarecer a situação.	Dificuldade na gestão da transmissão de informação de Risco entre serviços independentes da Organização	Dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco
Comunicação Interdisciplinar	É comum receber chamada telefónica do Bloco Operatório a indicar que a cirurgia do paciente foi finalizada e que o paciente pode regressar ao serviço de origem. Porém, é frequente que, quando a equipa de enfermagem do serviço de origem se dirige ao BO, tenha de aguardar pelo doente. Esta situação gera atrasos na gestão da prestação de cuidados de todos os outros pacientes atribuídos ao Enfermeiro.	Lacuna na gestão organizacional face ao Risco	Dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco
Comunicação Enfermeiro-Utente/Paciente	Realizados ensinios ao paciente sujeito a transplante renal que nos primeiros meses não pode tomar banhos de imersão. Duas semanas após a alta clínica, paciente dá entrada no serviço com diagnóstico de Pielonefrite. Paciente referiu que deu “mergulhos no rio” (sic).		Baixo nível de literacia em saúde; Lacuna na identificação de um potencial Risco; Desvalorização da gravidade do Risco presente
Comunicação Enfermeiro-Utente/Paciente	Realizados ensinios ao paciente sujeito a transplante renal acerca da necessidade de tomar a terapêutica imunossupressora de acordo com a prescrição médica e comparecer a todas as consultas agendadas. Paciente deu entrada no serviço para iniciar Programa Regular de Hemodiálise, após rejeição de aloenxerto renal, secundária a incumprimento terapêutico.		Baixo nível de literacia em saúde; Negação em relação à presença do Risco; Desvalorização da gravidade do Risco presente.

Tabela 4 Descrição das circunstâncias em que a Comunicação de Risco não foi eficaz - Observação Indireta do Participante.

Circunstância do dia-a-dia	Descrição	Conexão com a Cultura Organizacional	Conexão com a Comunicação de Risco
Comunicação Interdisciplinar	Transmitido na passagem de turno que um paciente não realizou exame porque serviço de origem não transmitiu que paciente se encontrava em isolamento de contacto com uma infeção hospitalar.	Dificuldade na gestão da transmissão de informação de Risco entre serviços independentes da Organização	Dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco
Comunicação Interdisciplinar	Transmitido na passagem de turno que doente não realizou exame, porque não foi transmitido à equipa de Enfermagem a necessidade de o paciente fazer uma pausa alimentar de 6 horas para realização do mesmo.	Dificuldade na gestão da transmissão de informação de Risco entre serviços independentes da Organização	Dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco
Comunicação Enfermeiro-Utente/Paciente	Transmitido na passagem de turno que o paciente tomou indutor de sono prescrito pela equipa médica no internamento e que o mesmo não analisou/questionou acerca da terapêutica que está a tomar no internamento e fez uma sobredosagem de indutor de sono, tomando os seus medicamentos do domicílio.		Baixo nível de literacia em saúde; Lacuna na identificação de um potencial Risco;
Comunicação Enfermeiro-Utente/Paciente	Transmitido na passagem de turno que o paciente removeu penso oclusivo de Cateter Venoso Central para realização de Hemodiálise e que foi alertado para os riscos decorrentes da manutenção desse comportamento. Perante a informação transmitida, o paciente desvalorizou a situação, demonstrando não querer alterar comportamento.		Baixo nível de literacia em saúde; Negação em relação à presença do Risco; Desvalorização da gravidade do Risco presente.

4.2. Cultura Organizacional

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados dos dados recolhidos relacionados com a tipologia da Cultura Organizacional predominante. Na tabela seguinte apresenta-se o somatório das médias de todas as secções da Escala OCAI, em que estão identificados os seis atributos culturais que ajudam a identificar o tipo de Cultura predominante na organização. A cultura organizacional de uma organização precisa “ter alguma compatibilidade com as exigências dos seus ambientes” (Cameron e

Quinn, 2006, p. 71). Esta deverá estar alinhada de acordo com a sua missão, valores e visão da organização. Os autores anteriormente referidos indicam que uma tipologia Cultural se vai adequar à organização respeitando os valores organizacionais.

De acordo com a Teoria dos Valores Contrastantes, todos os tipos de Cultura identificados devem estar presentes, de forma a criar um equilíbrio entre as mesmas. Seguindo a linha de pensamento dos autores, a organização pode apresentar disfuncionalidade no seu funcionamento se a mesma se focar exclusivamente numa tipologia de cultura.

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da média, mediana e desvio-padrão associados às respostas dos profissionais de Enfermagem inquiridos acerca da secção de Cultura Organizacional.

Tabela 5 Média e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura da Escala OCAI

Total Escala OCAI	N	Média	DP
Cultura de Clã	34	4,69	1,27
Cultura Adhocrática	34	4,64	1,12
Cultura de Mercado	34	4,76	1,16
Cultura Hierárquica	34	5,03	1,01

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Perante os resultados dos valores médios do somatório da Escala OCAI, consegue-se evidenciar que estes não são significativos para identificar a tipologia de Cultura dominante na organização em estudo e que existe pouca variabilidade nas respostas, o que nos pode levar a depreender que todos os inquiridos sentem a Cultura Organizacional de forma similar.

Tendo sido utilizada uma Escala de Lickert de 1 a 7 no Inquérito, os resultados médios obtidos das respostas dos inquiridos variam entre 4,64 e 5,03, pelo que podemos afirmar que, perante estes resultados, não conseguimos inferir que a organização de saúde possua uma tipologia cultural que sobressai. Os valores médios estão em torno de 5, que denota espaço para melhorias na sedimentação da Cultura Organizacional da instituição de saúde em análise. Morais e Graça (2013) afirmam que “as organizações de saúde coexistem em um *continuum*, onde o ambiente (interno e externo) e o tempo são fatores-chave que determinam a estratégia a ser adotada”. Os autores acrescentam que as organizações de saúde necessitam de apresentar uma grande “plasticidade e flexibilidade organizacional” (Morais e Graça, 2013, p. 129). Associado a estes resultados, podemos também deduzir que não existe muito comprometimento dos Enfermeiros perante a organização de saúde onde

exercem funções.

O facto de todos os tipos de Cultura estarem presentes nos resultados da Escala OCAI do grupo de Enfermeiros na ULS em estudo corrobora a linha de pensamento dos autores do Modelo de Valores Contrastantes, Cameron e Quinn (2006), em que evidenciam a necessidade de estarem os quatro tipos de Cultura presente nas organizações, sendo que a presença dos quatro tipos de Cultura proporciona à Organização um estado de equilíbrio. A partir da premissa de Cameron e Quinn (2006) em que referem que a Cultura “define os valores fundamentais, suposições, interpretações e abordagens que caracterizam uma organização”, os autores influem que se pode “esperar que outras características das organizações” possam refletir “os quatro tipos de cultura” identificados no Modelo de Valores Concorrentes (Cameron e Quinn, 2006, p. 31). As afirmações dos autores assumem, portanto, que os quatro tipos de Cultura Organizacional podem coexistir na mesma Organização.

Apesar de as respostas dos Enfermeiros inquiridos não denotarem uma tipologia de Cultura predominante, de acordo com Lourenço, Cardoso, Matos e Nodari (2017) e as autoras Cruz e Ferreira (2015), as organizações de saúde portuguesas ainda possuem uma relação rígida nas relações com os seus colaboradores, sendo que as mesmas ainda são muito controladas, estruturadas e formais.

Tendo em consideração que as organizações de saúde se direcionam para a prestação de serviços de saúde, os autores Lourenço, Cardoso, Matos e Nodari (2017) evidenciam que estas se orientam para o ambiente externo, havendo contacto direto com o cliente. Baseando-se no MVC de Cameron e Quinn (2006), os autores salientam que “os clientes são exigentes na escolha e interessados no valor”, sendo que o grande objetivo de gestão da organização a condução da mesma para a produtividade, resultados e lucros” (Lourenço et al, 2017, p. 131).

4.2.1. Cultura Organizacional – Análise Específica

Dado que os valores médios totais dos seis tópicos que constituem a Escala OCAI não nos traduz informação relevante e de destaque, considerou-se a análise de cada uma das subdivisões de forma individual. Para tal, foi elaborado um Diagrama da Cultura Organizacional, na esperança de que a análise do mesmo possa proporcionar informação relevante associada à Cultura Organizacional da organização em estudo.

Tabela 6 Diagrama da Cultura Organizacional (Caraterísticas Dominantes, Liderança Organizacional e Gestão dos Colaboradores)

Caraterísticas Dominantes				Liderança Organizacional				Gestão dos Colaboradores			
A - A organização é muito familiar. As pessoas parecem partilhar muito de si próprias.	B - A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a comprometer-se e a assumir riscos.	C - A organização é muito orientada para os resultados. Uma das maiores preocupações é concretizar o trabalho. As pessoas são orientadas para os resultados.	D - A organização é muito controlada e estruturada. As pessoas são orientadas por normas formais e estabelecidas.	A - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de apoio, aconselhamento e treino.	B - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de empreendedorismo, inovação e disposição para correr riscos.	C - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, combatividade e orientação para os resultados.	D - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de coordenação e de gestão contínua da eficiência.	A - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por promover o trabalho de equipa, consenso e participação.	B - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo.	C - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por desenvolver a competitividade, promover os resultados e cumprimento dos objetivos.	D - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por zelar pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.
6	4	7	4	1	2	2	2	2	3	6	4
6	5	5	5	5	5	5	5	6	6	5	6
3	4	6	6	5	6	5	5	5	6	6	6
5	5	6	6	4	5	6	6	4	6	6	4
3	4	6	6	4	5	5	5	5	5	6	5
5	5	5	6	5	5	5	5	5	5	4	6
4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
4	5	3	3	6	6	5	5	5	5	4	5
5	5	2	6	5	4	5	5	6	5	5	6
4	4	2	2	5	5	5	5	6	6	5	5
4	5	6	6	5	5	5	4	4	4	4	5
4	5	6	5	3	5	4	5	5	5	5	5
3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	3	4
5	6	5	5	5	3	5	5	4	2	3	5
6	4	5	5	2	2	2	2	4	4	4	5
2	3	6	5	3	5	6	4	3	4	6	4
5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
2	3	5	6	6	5	5	7	6	5	5	4
7	5	6	7	7	6	6	6	6	6	6	5
5	6	6	6	5	5	6	5	6	6	6	6
5	4	5	3	3	3	4	4	3	4	6	4
6	5	4	4	6	6	5	6	6	5	4	6
5	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7
5	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6
5	6	6	6	7	6	6	6	7	6	6	6
6	5	7	7	7	7	7	7	6	5	6	7
3	3	6	6	3	3	5	3	5	4	6	4
6	4	6	5	4	4	4	4	5	4	6	5
5	4	6	5	3	3	7	2	5	3	4	4
4	4	6	6	7	6	6	7	7	7	6	7
6	5	5	5	5	5	4	5	5	6	5	5
5	5	5	6	5	4	4	5	5	5	5	5
2	1	1	6	4	1	2	3	5	4	2	3

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Tabela 7 Diagrama da Cultura Organizacional (Coesão Organizacional, Ênfase Estratégico e Critério de Sucesso)

Coesão Organizacional				Ênfase Estratégico				Critério de Sucesso			
A - O que mantém a organização coesa é a lealdade e confiança mútua. O compromisso para com a organização é elevado.	B - O que mantém a organização coesa é o compromisso para com a inovação e crescimento. O que importa é estar na vanguarda.	C - O que mantém a organização coesa é o compromisso para com a consecução dos objetivos. Ganhar, ser enérgico e combativo, são temas correntes.	D - O que mantém a organização coesa são as políticas e regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais.	A - Para a organização é importante o desenvolvimento das pessoas. Valorizam a confiança, a abertura e a participação.	B - Para a organização são importantes a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Valorizam as novas experiências e a prospeção de novas oportunidades.	C - Para a organização é importante a competitividade e os resultados. A ênfase está na superação dos objetivos ambiciosos e na supremacia de mercado.	D - Na organização é importante a permanência e a estabilidade. Privilegiam o controlo, eficiência e fluidez das operações.	A - O sucesso da organização define-se com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho de equipa, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação para com as pessoas.	B - O sucesso da organização define-se com base na singularidade e novidade dos seus produtos e serviços. É líder no produto e na inovação.	C - O sucesso da organização define-se com base na conquista e supremacia de mercado. Os pontos-chave são a liderança de mercado e vantagem competitiva.	D - O sucesso da organização define-se com base na eficiência. Os aspetos cruciais são a satisfação dos compromissos, o planeamento e o controlo de custos.
4	5	5	4	3	3	4	4	2	3	4	5
5	6	5	5	6	6	5	5	6	5	5	6
6	5	6	6	5	6	6	6	6	5	5	6
4	6	6	6	5	5	7	5	4	7	5	7
5	5	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6
4	5	5	5	5	5	4	6	5	5	4	5
4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	4	4	3	5	3	4	6	6	3	4	6
6	4	4	6	5	5	4	4	4	4	3	5
6	5	3	4	4	5	3	3	7	5	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6
3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	5
6	5	6	5	5	4	5	5	6	2	3	5
5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	6	3	2	3	3	5	2	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	4	7	5	5	5	5	5	5	5	6
6	6	3	6	6	6	6	5	7	7	5	5
4	3	5	5	6	6	5	5	5	4	4	4
3	4	3	4	4	4	4	3	4	2	2	6
6	5	5	5	5	6	5	6	7	5	5	6
6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6
6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6
6	6	6	6	6	6	5	7	6	6	6	6
3	5	6	3	3	3	6	5	3	3	6	6
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	3	4	5	3	3	6	6	2	3	4	6
4	5	5	5	7	6	5	5	7	5	6	6
5	6	6	3	6	6	6	3	6	7	6	6
6	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5
2	2	2	5	3	3	1	2	3	1	1	2

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Numa análise complementar às respostas, usamos Diagramas de Cor na tentativa de encontrar rasgos de Cultura ou padrões que salientem áreas de melhoria para cada uma das seis dimensões em estudo. Tons de vermelho denotam fraquezas na organização. Sob esta perspectiva, é possível observar uma divergência de respostas antes não detetada que permite a identificação de áreas de melhoria. Na análise dos Diagramas de Cor (Tabela 6 e Tabela 7) é necessário ter em consideração que, de acordo com os autores Cameron e Quinn (2006), as afirmações descritas com a letra A correspondem à Cultura de tipologia Clã, as afirmações descritas com a letra B correspondem a uma Cultura com características Adhocrática, a letra C descreve uma tipologia Cultural de Mercado e a letra D corresponde à Cultura Hierárquica.

Tabela 8 Caraterísticas Dominantes: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura

Caraterísticas Dominantes	N	Média	Mediana	DP
Cultura de Clã	34	4,5	5	1,33
Cultura Adhocrática	34	4,45	5	0,91
Cultura de Mercado	34	5,05	5	1,29
Cultura Hierárquica	34	5,09	5	1,23

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Perante os resultados dos valores médios das quatro tipologias de Cultura na primeira das seis secções que constituem a Escala OCAI (Tabela 8), não se consegue perceber as Caraterísticas que predominam na organização. No entanto, na análise do Diagrama de Cor (Tabela 6), as respostas dos Enfermeiros, no tópico Caraterísticas Dominantes, indicam claramente que a opção B – Cultura Adhocrática apresenta valores mais baixos. Perante esta evidência, pode-se indicar que os Enfermeiros consideram que a organização não é muito dinâmica e empreendedora e que os colaboradores não estão dispostos a comprometer-se nem a assumir riscos. Os baixos valores atribuídos pelos Enfermeiros, tendo em consideração de que a Escala de Lickert é de 7 valores, é um indicativo de que há espaço para melhorias nesta área na organização.

Tabela 9 Liderança Organizacional: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura

Liderança Organizacional	N	Média	Mediana	DP
Cultura de Clã	34	4,31	4,5	1,43
Cultura Adhocrática	34	4,5	5	1,2
Cultura de Mercado	34	4,73	5	1,12
Cultura Hierárquica	34	4,8	5	1,22

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Os valores médios das quatro tipologias de Cultura na secção em que avalia a Liderança Organizacional apresentam valores baixos (Tabela 9), tendo em consideração de que a escala de Lickert utilizada é de 7 valores. No entanto, destaca-se a Cultura de Clã, a qual apresenta um valor médio mais baixo, em comparação com as restantes tipologias. Na visualização das respostas no Diagrama de Cor (Tabela 6), sobre esta secção da Escala, consegue-se visualizar respostas com valores mais baixos nas colunas A e B. Estes resultados podem ser preditivos de que os Enfermeiros apresentam opiniões contrárias às afirmações correspondentes às características de Cultura de Clã e Adhocrática na secção da Liderança Organizacional; os Enfermeiros consideram que a liderança na Organização apresenta baixa objetividade, pouco empreendedorismo, pouca inovação e baixa predisposição para correr riscos.

Tabela 10 Gestão dos Colaboradores: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura

Gestão dos Colaboradores	N	Média	Mediana	DP
Cultura de Clã	34	4,73	5	1,16
Cultura Adhocrática	34	4,68	5	1,13
Cultura de Mercado	34	4,95	5	0,99
Cultura Hierárquica	34	4,95	5	0,78

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

A variância dos valores médios dos resultados das quatro tipologias de Cultura Organizacional na secção Gestão dos Colaboradores não é significativa para indicar claramente um tipo de Cultura dominante (Tabela 10). Quando analisados os resultados das respostas dos Enfermeiros no Diagrama de Cor (Tabela 6), conseguimos observar que os valores da alínea B na secção Gestão de Colaboradores apresenta valores de respostas mais baixos. Perante este facto, podemos deduzir que os Enfermeiros não concordam com a afirmação correspondente à Cultura Adhocrática, em que afirma

que o estilo de gestão dos profissionais que exercem funções na organização é caracterizado por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo.

Tabela 11 Coesão Organizacional: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura

Coesão Organizacional	N	Média	Mediana	DP
Cultura de Clã	34	4,86	5	0,99
Cultura Adhocrática	34	4,82	5	1
Cultura de Mercado	34	4,73	5	1,32
Cultura Hierárquica	34	5,05	5	1,05

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Na secção direccionada para a Coesão Organizacional, os valores médios também se mantêm baixos (Tabela 11), o que denota espaço para melhorias na organização neste tópico. Os valores médios não traduz uma evidência significativa de um tipo de Cultura Organizacional que predomine. Na análise do Diagrama de Cor perante a secção Coesão Organizacional (Tabela 7), a alínea C (Cultura de Mercado) apresentou valores de respostas mais baixos. Perante esta análise, podemos inferir que os Enfermeiros inquiridos não consideram que a consecução e superação de objetivos, sendo enérgico e combativo, com o objetivo principal a obtenção de vitórias.

Tabela 12 Ênfase Estratégico: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura

Ênfase Estratégico	N	Média	Mediana	DP
Cultura de Clã	34	4,82	5	1,22
Cultura Adhocrática	34	4,86	5	1,13
Cultura de Mercado	34	4,9	5	1,06
Cultura Hierárquica	34	5	5	0,93

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

A secção em que é abordado o Ênfase Estratégico apresenta valores médios de respostas muito similares, sendo que a sua variância não é muito significativa (Tabela 12). Os resultados médios obtidos indicam que é possível melhorar esta área na organização em estudo. Na análise deste tópico no Diagrama de Cor (Tabela 7), observa-se que a alínea B (Cultura Adhocrática) apresenta valores de respostas mais baixos, o que nos leva a concluir que os Enfermeiros inquiridos consideram que a criação de novos desafios e a aquisição de novos recursos não são importantes, bem como não dão

valor a experiências novas e a possibilidades de novas oportunidades profissionais.

Tabela 13 Critério de Sucesso: Média, Mediana e Desvio Padrão dos 4 tipos de Cultura

Critério de Sucesso	N	Média	Mediana	DP
Cultura de Clã	34	4,95	5	1,49
Cultura Adhocrática	34	4,5	5	1,34
Cultura de Mercado	34	4,23	5	1,15
Cultura Hierárquica	34	5,32	5	0,84

Nota: Escala de Likert de 1 a 7 valores

Os valores médios da secção Critério de Sucesso obtidos das respostas dos Enfermeiros indicam, apesar destes serem baixos (Escala de Lickert de 7 valores) um valor médio ligeiramente mais elevado da Cultura Hierárquica (Tabela 13). No entanto, estes valores não nos permitem retirar conclusões claras acerca da tipologia predominante nesta secção.

O Diagrama de Cor (Tabela 7) evidencia, na secção de Critério de Sucesso, que os valores das respostas dos Enfermeiros inquiridos são tendencialmente mais baixos na coluna B (Cultura Adhocrática) e C (Cultura de Mercado). Estes resultados podem-nos indicar de que os Enfermeiros tendem a discordar com as afirmações destes tipos de Cultura Organizacional no que respeita aos Critérios de Sucesso, identificados na Escala OCAI. Os Enfermeiros inquiridos consideram que a Organização não é líder no produto e na inovação, nem consideram que o sucesso da mesma passe pela singularidade dos seus produtos e serviços.

Após a análise dos resultados obtidos, através das respostas dos Enfermeiros no Inquérito enviado, sentiu-se a necessidade de confrontar o Modelo-Base criado com a informação recolhida na secção direccionada para a avaliação da Cultura Organizacional. Na Figura 7 apresenta-se o Modelo-Base do estudo, onde foram incluídas as lacunas identificadas nesta secção (descritas em coloração laranja).



Figura 7 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional

Os resultados obtidos revelam que a organização em análise possui uma Cultura Organizacional direcionada para a manutenção das suas práticas, sendo que não desenvolvem a liderança de mercado e a sua competitividade. Esta organização possui uma baixa predisposição para correr riscos, o que se pode influir no facto de esta dar pouca autonomia aos seus colaboradores. A mesma é pouco direcionada para a inovação e a introdução de novidades no seu seio profissional. Perante o Modelo- Base criado anteriormente e as conclusões obtidas dos dados recolhidos, poder-se-á inferir que a Organização em estudo (ULS na região Norte de Portugal) é pouco proativa em relação à inovação, e que preza as suas práticas habituais, respeitando os símbolos, heróis, rituais e valores da mesma. Os valores obtidos, tendo em consideração de que a Escala de Lickert usada nesta secção é de 7 valores, denota espaço para melhorias nos seis tópicos que constituem a Escala OCAI. Poder-se-á sugerir aos profissionais que exercem funções de liderança e/ou gestão uma reflexão sobre as lacunas evidenciadas, bem como formas de melhorar ou até eliminar as mesmas.

4.3. Comunicação Interdisciplinar

Nesta secção foram utilizados 9 dos 34 itens que constituem a Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde, de Cláudia Brás (2023). Esta escala tem por objetivo a avaliação das dinâmicas comunicacionais entre os vários elementos que constituem as equipas multidisciplinares. Foi utilizada uma escala de Lickert de 5 pontos, e, de acordo com a autora, os valores obtidos

quantificam a frequência das situações expostas nas afirmações desenvolvidas. Para tal, o número 1 corresponde a “Nunca”, o número 2 corresponde a “Raramente”, o número 3 indica a opção “Às vezes”, o valor 4 refere-se à frequência “Muitas vezes”, e o valor 5 corresponde à opção “Sempre”.

Tabela 14 Média, Mediana e Desvio Padrão das questões direcionadas à Comunicação Interdisciplinar (n=34)

Questões	Proporções	Média	Mediana	DP
1 – Obtenho elementos que me permitem compreender o impacto das minhas ações e o modo como estão a ser recebidas e interpretadas pelos outros.		3,5	4	1,01
2 – Revejo cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação que transmito aos membros da equipa.		4	4	0,87
3 – Faculto aos membros da equipa indicações de como estão ou não estão a ser bem-sucedidos na realização dos cuidados.		3,54	4	1,14
4 – Informo a equipa acerca das minhas perceções, pensamentos e necessidades		3,54	4	1,01
5 – Sou claro e conciso na partilha de mensagens junto da equipa de saúde.		4,136	4	0,56
6 – Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipa.		4,36	4	0,49
7 – Transmito aos outros elementos da equipa a informação relevante que os utentes me transmitem.		4,3	4	0,646
8 – Efetuo registos claros e adequados (escritos e eletrónicos) das reuniões.		4,04	4	1,04

Questões	Proporções	Média	Mediana	DP																		
9 – Referencio pessoas/instituições para ajudar a resolver problemas.	<table><thead><tr><th>Valor</th><th>Frequência</th><th>Porcentagem</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>3</td><td>8,8%</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>2,9%</td></tr><tr><td>3</td><td>2</td><td>5,9%</td></tr><tr><td>4</td><td>19</td><td>55,9%</td></tr><tr><td>5</td><td>9</td><td>25,5%</td></tr></tbody></table>	Valor	Frequência	Porcentagem	1	3	8,8%	2	1	2,9%	3	2	5,9%	4	19	55,9%	5	9	25,5%	3,54	4	1,18
Valor	Frequência	Porcentagem																				
1	3	8,8%																				
2	1	2,9%																				
3	2	5,9%																				
4	19	55,9%																				
5	9	25,5%																				

Nota: Escala de Likert de 1 a 5 valores

As respostas nesta dimensão (Tabela 14) continuam a ser positivas, mas 2 itens chamam a atenção, relacionados com o facto de *“informar a equipa das minhas perceções”* e da *“minha avaliação quanto ao desempenho dos colegas”*. A análise destas duas questões demonstra que os elementos inquiridos não apresentam uma percepção homogénea e que a Comunicação Interna poderá não ser eficiente. Liu et al (2018) evidenciam que a dificuldade em efetuar uma comunicação eficaz dentro da organização pode gerar problemas internos, levando ao aumento de risco para os colaboradores e ineficiência na prestação de cuidados ao paciente. Estas falhas ou barreiras vão, consequentemente, influenciar a segurança na organização, tanto a nível interno como externo.

Todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar devem estar despertos e incentivados para comunicar o Risco nas formas potencial ou real, com o intuito de efetuar uma gestão de riscos internos sistematizados com o intuito de atenuação do mesmo (Lemon e VanDyke, 2021). Profissionais que apresentam capacidade de comunicar o Risco de forma eficaz apresentam maior capacidade de identificar e salientar comportamentos de Risco no seio da sua equipa (Vecchio-Sadus, 2007). Perante as respostas aos itens que se destacam nas respostas dos Enfermeiros inquiridos, há uma sintonia de pensamento da investigadora com as autoras House e Havens (2017), em que indicam que os comportamentos são influenciados pelas perceções dos profissionais de saúde. Para tal, torna-se necessário repensar na forma como o Risco deve ser exposto e gerido no seio das equipas multidisciplinares (como, quando e de que forma pode surgir), dada a complexidade e a constante necessidade de mudança de atuação das organizações de saúde (Lee et al, 2018).

Tabela 15 Diagrama da Comunicação Interdisciplinar

1 - Obtenho elementos que me permitem compreender o impacto das minhas ações e o modo como estão a ser recebidas e interpretadas pelos outros.	2 - Revejo cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação que transmito aos membros da equipa.	3 - Faculto aos membros da equipa indicações de como estão ou não estão a ser bem-sucedidos na realização dos cuidados.	4 - Informo a equipa acerca das minhas percepções, pensamentos e necessidades	5 - Sou claro e conciso na partilha de mensagens junto da equipa de saúde.	6 - Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipa.	7 - Transmito aos outros elementos da equipa a informação relevante que os utentes me transmitem.	8 - Efetuo registos claros e adequados (escritos e eletrónicos) das reuniões.	9 - Referencio pessoas/instituições para ajudar a resolver problemas.
3	4	3	2	3	4	3	4	4
3	4	5	4	4	5	5	5	4
5	4	5	5	5	5	5	4	3
4	4	4	3	4	4	5	5	3
4	4	4	4	4	5	5	5	4
3	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	4	4	4	4	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	4	4	4	4	4
3	4	2	3	4	4	5	4	2
4	5	5	5	5	5	5	5	4
5	5	5	5	5	5	5	4	5
4	4	3	4	4	4	4	5	4
1	4	2	3	4	4	4	3	1
4	1	1	1	4	4	3	1	1
3	4	4	4	4	4	4	4	4
2	4	3	3	3	4	4	2	4
3	4	2	2	4	4	4	4	4
4	5	5	5	4	5	5	5	4
5	5	4	4	4	4	5	5	4
4	5	4	4	4	5	4	5	4
2	3	3	4	5	5	5	3	5
4	4	4	4	4	5	5	3	5
3	4	4	5	5	5	5	4	5
3	3	3	4	4	4	4	4	4
3	4	5	5	5	5	5	5	5
4	4	5	5	5	5	5	5	5
2	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	4	4	4
3	4	4	4	5	5	5	5	5
4	4	4	5	5	4	5	4	5
3	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	5	5	5	3	4
2	1	3	4	4	4	5	4	5

Nota: Escala de Likert de 1 a 5 valores

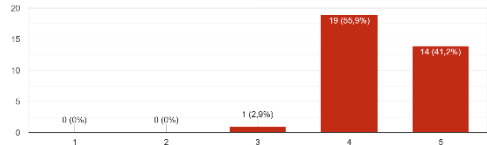
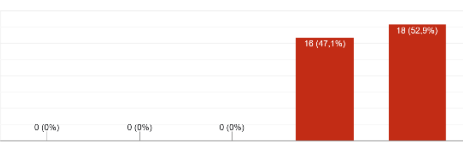
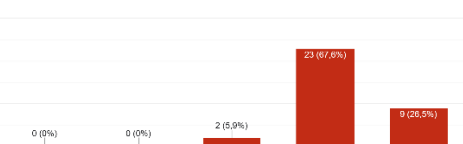
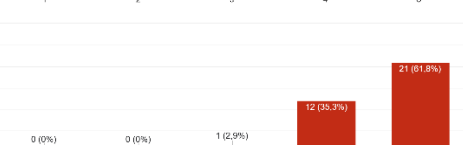
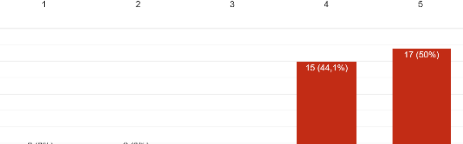
Analisando o Diagrama de Cor das respostas dos Enfermeiros na secção da Comunicação Interdisciplinar, as respostas denotam maior variabilidade e salientam claramente 3 itens a necessitar de ser melhorados, nomeadamente os relacionados com a *“necessidade de obter feedback das minhas ações”*, de *“transmitir as minhas percepções”* e de *“poder pronunciar-me sobre a qualidade do trabalho realizado por outros”* (Tabela 15). As afirmações que se destacam por apresentar valores positivos nesta secção, de acordo com o Diagrama de Cor (Tabela 15), são três: As afirmações número 6, em que indica “Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipa”, a afirmação número 7, em que está descrito “Transmito aos outros elementos da equipa a informação relevante que os utentes me transmitem” e a afirmação número 8, a qual refere “Efetuo registos claros e adequados (escritos e eletrónicos) das reuniões”. Todas as afirmações apresentam um padrão de respostas com coloração predominantemente verde no Diagrama.

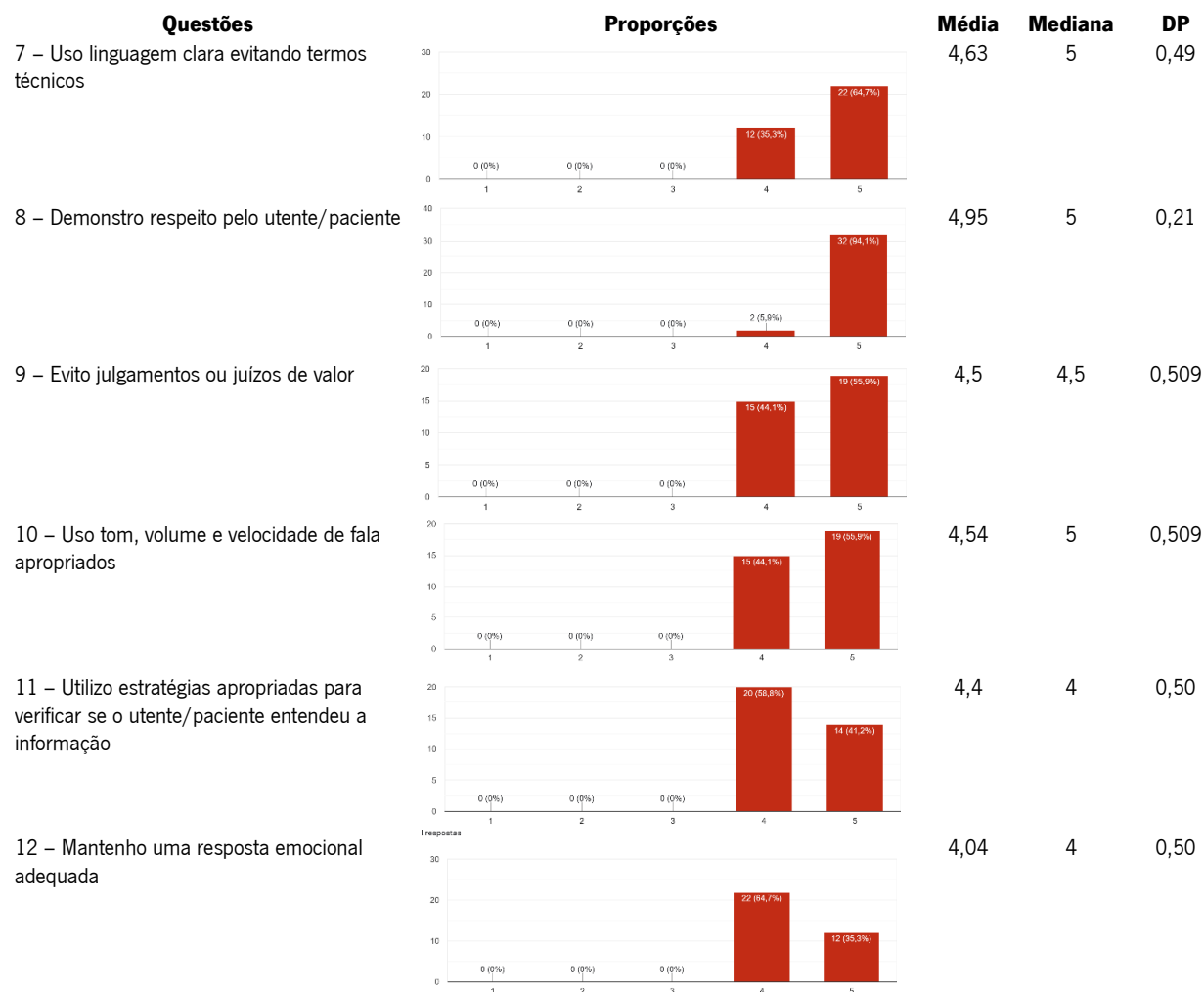
Apesar de a maioria dos dados recolhidos apresentarem resultados positivos, verificou-se que ainda existem debilidades no processo de Comunicação Interna a nível das equipas multidisciplinares. A identificação dos mesmos pode permitir à organização gerir e desenvolver processos internos, com o intuito de melhorar a Comunicação Organizacional a nível interno.

4.4. Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente

A quarta secção do Questionário é dedicada à colheita de informação acerca do processo de comunicação entre profissionais de saúde (Enfermeiros) e Utentes/Pacientes, através da utilização de 12 dos 23 itens que constituem a *Minho Communication Assessment Scale* (2020). Esta escala de avaliação de Comunicação é composta por cinco dimensões: *Estrutura, Modo de Questionar, Comportamento e Postura, Clareza de Informação e a dimensão Emocional*. Foi utilizada uma escala de Lickert de 5 pontos, e, de acordo com os autores, os valores obtidos identificam o nível de concordância das situações expostas nas afirmações desenvolvidas. Para tal, o número 1 corresponde a “Discordo Totalmente”, o número 2 corresponde a “Discordo”, o número 3 indica a opção “Neutro”, o valor 4 refere-se à frequência “Concordo”, e o valor 5 corresponde à opção “Concordo Totalmente”

Tabela 16 Média, Mediana e Desvio Padrão das questões direcionadas à Comunicação do Enfermeiro com o

Questões	Proporções	Média	Mediana	DP
1 – Respeito o tempo de resposta do utente/paciente		4,318	4	0,56
2 – Utilizo estratégias adequadas para esclarecer a informação pelo utente/paciente		4,54	5	0,509
3 – Exploro e faço uma gestão adequada das emoções do utente/paciente		4,09	4	0,526
4 – Crio uma relação empática com o utente/paciente		4,59	5	0,59
5 – Exploro as crenças do utente/paciente e respondo às suas preocupações		4,36	4	0,657
6 – Mantenho contacto visual apropriado		4,63	5	0,49



Nota: Escala de Likert de 1 a 5 valores

Na secção do Questionário direccionado para a Comunicação entre Enfermeiro- Utente/paciente, as respostas denotam uma muito boa “autoavaliação” no processo comunicacional com os Utentes/pacientes (Tabela 16), em que a média das 12 questões é de 4,44. De acordo com o estudo de Ta`an, Allama e Williams (2024), níveis de capacidade de comunicação elevada estão diretamente relacionados com a capacidade de prever a qualidade de prestação de cuidados de saúde prestados por Enfermeiros(as). Tendo em consideração o estudo anteriormente referido, os resultados obtidos nos dados recolhidos no estudo em curso poderão ser indicativos de que os profissionais inquiridos têm uma perceção de que prestam cuidados ao utente/paciente com qualidade.

No entanto, os resultados obtidos podem estar sujeitos a um viés de informação por parte dos inquiridos. Tendo em mente que a Escala de Likert usada é de 1 a 5 valores, estas questões encontram-se bem pontuadas. De acordo com Althubaiti (2016), os dados recolhidos sobre as perspetivas, pontos de vista ou opiniões sobre a sua pessoa e/ou comportamentos do mesmo podem ser afetados por uma tendência para obter respostas coincidentes com a desejabilidade ou aprovação

Por tal, torna-se necessário ter em especial consideração a análise dos resultados de duas questões da tabela número 16, as quais inquiram sobre “Crio uma relação empática com o utente/paciente” (questão 4) e “Exploro as crenças do utente/paciente e respondo às suas preocupações” (questão 5), sendo que os valores médios dos resultados obtidos são 4,59 e 4,36, respetivamente. Os dados recolhidos no presente estudo não permitem uma confirmação de que os dados obtidos das questões 4 e 5 são fidedignos, em detrimento da sugestão de um possível viés de desejabilidade social.

1 - Respeito o tempo de resposta do utente/paciente.	2 - Utilizo estratégias adequadas para esclarecer a informação fornecida pelo utente/paciente.	3 - Exploro e faço uma gestão adequada das emoções do utente/paciente.	4 - Crio uma relação empática com o utente/paciente.	5 - Exploro as crenças do utente/paciente e respondo às suas preocupações.	6 - Mantenho contacto visual apropriado.	7 - Uso linguagem clara evitando termos técnicos.	8 - Demonstro respeito pelo utente/paciente.	9 - Evito julgamentos ou juízos de valor.	10 - Uso tom, volume e velocidade de fala apropriados.	11 - Utilizo estratégias apropriadas para verificar se o utente/paciente entendeu a informação.	12 - Mantenho uma resposta emocional adequada.
3	4	3	5	4	4	4	5	4	4	4	4
5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4
4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5
4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4
4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
4	4	4	4	3	4	4	5	5	5	4	5
5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4
5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
4	4	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4
5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4
4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5
4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4

Na análise do Diagrama relativo à secção da Comunicação do Enfermeiro com o Utente/Paciente (Tabela 17), consegue-se facilmente definir que os Enfermeiros percecionam ter uma excelente comunicação com o Utente/Paciente. Os dados recolhidos evidenciam claramente que o processo Comunicacional no desenrolar da sua atividade profissional é eficaz no que respeita à interação com o Utente/Paciente. No estudo de Ta'an, Allama e Williams (2024), os autores enfatizam que a realização de um processo de Comunicação de Risco eficiente é essencial para a recolha de dados e sintomas, possíveis dúvidas e o surgir de problemas ao paciente e seus familiares. Os autores indicam que a capacidade de aceder a estas informações facilita a compreensão das necessidades do paciente, bem como a gestão da adesão do mesmo à realização de exames e tratamentos necessários

(Ta'an, Allama e Williams, 2024). Segundo o artigo de Brooks, Manias e Bloomer (2018), a não personalização da forma de comunicar a cada utente/paciente e o não respeitar os seus valores pode gerar um impacto negativo na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Hashim (2017) refere que é de extrema importância desenvolver um processo comunicacional centrado no utente/paciente, em que ocorre uma exploração e compreensão da experiência do paciente relativamente ao seu período de doença, respeitando sempre as suas crenças e possibilidades associadas à doença. Já Salim, Roslan, Hod, Zakaria e Adam (2023) indicam que vários estudos realizados salientam que a realização de formação dos profissionais de saúde sobre competências de comunicação, nomeadamente a escuta ativa, influenciam positivamente o processo de Comunicação de Risco com o utente/paciente.



Figura 8 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional e Comunicação Organizacional

Perante as conclusões que se conseguiram obter a partir dos dados recolhidos, conseguimos identificar lacunas que se podem revelar importantes e com necessidade de melhoria (Figura 7). As respostas obtidas através dos Enfermeiros que responderam ao Inquérito são claramente indicativas de que, segundo a sua perceção, não existem lacunas no processo de Comunicação entre Enfermeiro e Utente/Paciente. No entanto, no processo de Comunicação Interdisciplinar foram identificadas lacunas que são consideradas relevantes, sendo que as mesmas estarão a influenciar negativamente a Comunicação Interna da Organização em estudo. São elas a dificuldade em conseguir transmitir aos restantes elementos a avaliação do seu desempenho, o impacto das ações do indivíduo no seio da equipa, a forma como as ações estão a ser recebidas e interpretadas pela equipa, bem como a

dificuldade que o indivíduo tem em transmitir à equipa as suas percepções.

Tendo em consideração o Modelo-Base elaborado, em que está identificada uma seta no balão da Cultura Organizacional direcionada para o balão da Comunicação Organizacional, depreende-se que as lacunas identificadas na secção da Cultura Organizacional influenciam diretamente a Comunicação Organizacional. As baixas objetividade e inovação, o baixo empreendedorismo e a baixa apetência para novas experiências a nível organizacional vão influenciar diretamente os processos comunicacionais realizados no seio da organização.

As lacunas identificadas revelam, na opinião da investigadora, uma Comunicação Interna obsoleta, sem espaço para a inovação a nível comunicacional e na gestão do Risco no seio da equipa multidisciplinar. Considera-se essencial a reavaliação da Comunicação Organizacional, em especial a Comunicação Interdisciplinar, e realizar uma intervenção/formação para todos os elementos da equipa interdisciplinar, com o intuito de otimizar os processos comunicacionais a nível interno.

4.5. Comunicação de Risco

Em relação aos conceitos Risco, Comunicação de Risco e Percepção de Risco, o grupo de Enfermeiros inquiridos no segundo espaço temporal respondeu às questões elaboradas, as quais foram subdivididas em duas secções. A primeira secção apresenta 11 questões diretas, em formato de afirmação, em que foi utilizada uma Escala de Lickert com a amplitude de medição de 1 a 5, em que o 1 significa “*Discordo Totalmente*” e o 5 significa “*Concordo Totalmente*”. Estas questões têm o intuito de indagar os profissionais de saúde acerca das suas percepções sobre o Risco, a Comunicação de Risco realizada a nível multidisciplinar e com o Utente/Paciente, bem como perceber como a Gestão do Risco é percecionada pelos mesmos a nível organizacional.

Tabela 18 Média, Mediana e Desvio Padrão das questões direcionadas à Comunicação de Risco

Questões	Proporções	Média	Mediana	DP												
1 – No desenrolar do desempenho de funções pode ocorrer o Risco	<table><thead><tr><th>Resposta</th><th>Proporção</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>0 (0%)</td></tr><tr><td>2</td><td>0 (0%)</td></tr><tr><td>3</td><td>0 (0%)</td></tr><tr><td>4</td><td>5 (41.7%)</td></tr><tr><td>5</td><td>7 (58.3%)</td></tr></tbody></table>	Resposta	Proporção	1	0 (0%)	2	0 (0%)	3	0 (0%)	4	5 (41.7%)	5	7 (58.3%)	4,58	5	0,51
Resposta	Proporção															
1	0 (0%)															
2	0 (0%)															
3	0 (0%)															
4	5 (41.7%)															
5	7 (58.3%)															
2 – Tenho facilidade em perceber situações em que o Risco pode ocorrer	<table><thead><tr><th>Resposta</th><th>Proporção</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>0 (0%)</td></tr><tr><td>2</td><td>0 (0%)</td></tr><tr><td>3</td><td>0 (0%)</td></tr><tr><td>4</td><td>10 (83.3%)</td></tr><tr><td>5</td><td>2 (16.7%)</td></tr></tbody></table>	Resposta	Proporção	1	0 (0%)	2	0 (0%)	3	0 (0%)	4	10 (83.3%)	5	2 (16.7%)	4,16	4	0,39
Resposta	Proporção															
1	0 (0%)															
2	0 (0%)															
3	0 (0%)															
4	10 (83.3%)															
5	2 (16.7%)															

Questões	Proporções	Média	Mediana	DP
3 – Tenho facilidade em perceber situações em que o Risco ocorreu		4,25	4	0,45
4 – A Perceção de Risco é assimilada de forma semelhante para todos os indivíduos da equipa multidisciplinar		2,66	3	0,88
5 – A Perceção de Risco é assimilada de forma semelhante para profissionais de saúde e para utentes/pacientes		2	2	0,6
6 – Utilizo estratégias adequadas para comunicar o Risco junto da equipa multidisciplinar		4	4	0,43
7 – Utilizo estratégias adequadas e adaptadas ao utente/paciente para lhe comunicar o Risco		3,91	4	0,66
8 – A Organização onde exerço funções tem planos estratégicos definidos e implementados associados à temática de Risco		4,41	4,5	0,67
9 – Os planos estratégicos da Organização associados ao Risco são claros e fáceis de implementar		3,66	4	0,88
10 – Existe um bom plano de Comunicação Interna associado ao Risco e ao processo de Comunicação de Risco		4,08	4	0,66
11 – Estão, atualmente, presentes lacunas que limitam a Comunicação de Risco na Organização onde exerço funções		3	3	0,85

Nota: Escala de Likert de 1 a 5 valores

Apesar de alguma variabilidade das respostas é possível identificar 3 itens com baixa pontuação na escala de Lickert relacionados com a Perceção de Risco (Tabela 18). A baixa cotação da questão número 4 evidencia que a Perceção de Risco é sentida de forma distinta por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Esta evidência apresenta total concordância com os autores House e Havens (2017), os quais constataam que a perceção das equipas multidisciplinares de saúde variam, a qual influencia diretamente a comunicação entre estes e a qualidade de cuidados de saúde prestados.

A questão número 5, em que é pedido aos Enfermeiros inquiridos para responder à perceção sentida pelos mesmos acerca da capacidade de assimilação da Perceção de Risco entre utentes/pacientes e profissionais de saúde, estes evidenciaram claramente a discrepância entre os dois grupos. As respostas dos Enfermeiros inquiridos estão em conformidade com o artigo de O`Toole, Alvarado-Little e Ledford (2019), em que refere que a perceção dos profissionais de saúde é completamente dispar da perceção dos pacientes em relação ao Risco.

Perante a afirmação número 11, em que é evidenciada a possibilidade de existirem lacunas na organização em estudo que possam limitar a Comunicação de Risco, os elementos que responderam não apresentaram um nível significativo de concordância (Média de 3). Dado que, ao longo do desenvolvimento do estudo, sempre existiu a dificuldade da compreensão dos conceitos envolvidos no mesmo pelos profissionais de saúde com os quais a investigadora interagiu e abordou a temática em análise, fica a dúvida se este facto poderá ser indicativo que os Enfermeiros inquiridos tenham efetuado a associação do Conceito Risco presente nas questões do Inquérito com a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 pela Direção Geral de Saúde em todas as unidades de Saúde. O PNSD 2021-2026 foi elaborado tendo como base a criação de cinco pilares fundamentais para sistematização e suporte de catorze objetivos estratégicos, tendo em consideração o conhecimento atual sobre a segurança do doente. O segundo Pilar do PNSD 2021-2026 tem como propósito a criação de condições nas instituições de saúde “que permitam garantir uma cultura centrada na segurança” (Diário da República, 2021, p. 99).

A média das respostas à questão “Utilizo estratégias adequadas e adaptadas ao utente/paciente para lhe comunicar o Risco” também pode ser considerada abaixo dos valores ideais. A justificação deste resultado poderá ser agregada à questão que se encontra integrada na secção dos dados sociodemográficos, a qual questiona se os Enfermeiros possuem formação específica na área da Comunicação. Evidenciou-se que os Enfermeiros inquiridos, na sua maioria, não possuem formação específica em Comunicação, a qual lhes poderia fornecer ferramentas para melhorar a prestação de cuidados de saúde ao Utente/Paciente. Dos 34 enfermeiros inquiridos (totalidade das duas amostras),

apenas 2 referiram ter realizado formação específica em Comunicação.

Tabela 19 Diagrama da Comunicação de Risco

1 - No desenrolar do desempenho de funções pode ocorrer o Risco.	2 - Tenho facilidade em perceber situações em que o Risco pode ocorrer.	4 - A Percepção de Risco é assimilada de forma semelhante para todos os indivíduos da equipa multidisciplinar.	5 - A Percepção de Risco é assimilada de forma semelhante para profissionais de saúde e para utentes/pacientes.	6 - Utilizo estratégias adequadas para comunicar o Risco junto da equipa multidisciplinar.	7 - Utilizo estratégias adequadas e adaptadas ao utente/paciente para lhe comunicar o Risco.	8 - A Organização onde exerço funções tem planos estratégicos definidos e implementados associados à temática de Risco.	9 - Os planos estratégicos da Organização associados ao Risco são claros e fáceis de implementar.	10 - Existe um bom plano de Comunicação Interna associado ao Risco e ao processo de Comunicação de Risco.	11 - Estão, atualmente, presentes lacunas que limitam a Comunicação de Risco na Organização onde exerço funções.	3 - Tenho facilidade em perceber situações em que o Risco ocorreu.
4	4	3	3	4	4	5	4	5	4	4
5	4	2	2	5	5	5	4	5	2	5
4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4
4	4	2	2	4	4	4	3	4	3	4
5	4	3	2	4	4	5	5	5	2	4
5	4	3	2	4	3	5	3	3	3	4
4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4
5	4	4	2	4	5	4	4	4	4	4
4	4	2	1	4	4	4	3	3	4	4
5	5	4	2	4	4	5	2	4	3	5
5	5	3	2	4	3	5	5	4	4	5
5	4	1	1	3	3	4	4	4	2	4

Nota: Escala de Likert de 1 a 5 valores

No processo de análise do Diagrama de Cor (Tabela 19) criados com as respostas da secção do Inquérito direccionadas para a Comunicação de Risco, consegue-se perceber que as conclusões obtidas através da análise dos dados da Tabela 18, em que estão discriminados a Média, Mediana e Desvio Padrão das respostas dos Enfermeiros são sobreponíveis. No Diagrama, o padrão de coloração vermelho (atribuição de valores mais baixos) é bastante evidente nas questões 4, 5 e 11.

Shin (2022) indica no seu artigo que as organizações que investem em formação para os funcionários na área da Comunicação, potenciam canais comunicacionais internos e sedimentam valores culturais, o que, consequentemente, leva a um melhor desempenho e uma maior produtividade pelos seus colaboradores. Os autores Vecchio-Sadus (2007) e Shin (2022) referem que a Comunicação de Risco efetiva sistematizada na organização é a essência na prevenção de comportamentos de Risco, bem como na melhoria da cultura de segurança.

Estes dados podem enfatizar a necessidade de as Organizações de Saúde Portuguesas investirem na formação de todos os elementos das equipas multidisciplinares acerca das temáticas Comunicação e Comunicação de Risco, para que, e de acordo com as autoras Lemon e VanDyke (2021), os profissionais de saúde possuam capacidades de transmitir informação de Risco de forma eficaz e clara aos utentes/pacientes, quando este surgir.

A segunda secção do inquérito que se apresenta direccionada para a Comunicação de Risco, a qual aborda os conceitos de Risco, Comunicação de Risco e Percepção de Risco, apresenta 3 questões de escolha múltipla. Nestas, tem uma opção “*Outros*”, seguida da possibilidade de descrever outras opções para lá das que se encontram descritas.

Na questão número 1, em que é pedido para identificar formas que lhes permitem “percecionar

a possibilidade de estar perante a presença de Risco”, todos os elementos (n=12) referiram a opção “*Experiência Profissional*”. Perante as restantes opções, as respostas foram mais variadas, sendo que a opção “*Protocolos*” foi escolhida por 9 elementos, seguindo-se a “*Cultura dos serviços*”, com 8 respostas. A opção “*Reações comportamentais dos indivíduos*” foi selecionada por 7 elementos. Apenas 3 elementos selecionaram a opção “*Auxílio de recursos materiais*”.

Tabela 20 Identificação de formas e/ou estratégias que facilitam a perceção da possibilidade de estar perante a presença de Risco.

Formas que permitem perceber o Risco	N	Seleção de opção	Percentagem (%)
Experiência Profissional	12	12	100
Reações comportamentais dos indivíduos	12	7	58,3
Auxílio de recursos materiais	12	3	25
Cultura dos serviços (experiências prévias)	12	8	66,7
Protocolos instituídos pelos Serviços e/ou Protocolos instituídos pela Organização	12	9	75
Outros	12	0	0

Estas respostas evidenciam fortemente que o tempo de experiência profissional dos elementos e a influência cultural (práticas, valores, experiências prévias) no serviço onde exercem funções influenciam a capacidade de perceber a possibilidade da presença de Risco. O estudo de Griesi, Bernardes, Alonso, Salgado, Ruiz-Frutos, Fagundo-Rivera, López-López, Veja e Dias (2024) evidencia que a Perceção dos profissionais de saúde perante o Risco é influenciada pelo conhecimento, as experiências prévias e as suas emoções.

Face à questão número 2, em que é pedido para selecionar lacunas na Organização, associadas à possibilidade da presença de Risco e no processo de Comunicação de Risco, o mesmo número de elementos (8) selecionaram as opções “*Lacuna na transmissão do risco nas várias equipas multidisciplinares*” e “*Dificuldade no processo de partilha de informações associado ao Risco*”. A opção “*Lacuna na identificação de um potencial Risco*” foi selecionada por sete elementos. Ambas as opções “*Lacuna na gestão organizacional face ao Risco*” e “*Implementação de programas associados ao Risco de forma ineficiente*” foram selecionadas por quatro elementos.

Esta questão teve uma resposta na opção “*Outros*”, a qual foi discriminada pelo elemento que a selecionou como existindo “burocracia na referência para unidades que possam agir na diminuição

do Risco”.

Tabela 21 Identificação de lacunas que possam existir na Organização onde os Enfermeiros exercem funções, associadas à possibilidade da presença de Risco e no processo de Comunicação de Risco.

Lacunas de gestão do Risco na Organização	N	Seleção de opção	Percentagem (%)
Lacuna na transmissão do Risco nas várias equipas multidisciplinares	12	8	66,7
Lacuna na identificação de um potencial Risco	12	7	58,3
Lacuna na gestão organizacional face ao Risco	12	4	33,3
Implementação de programas associados ao Risco de forma ineficiente	12	4	33,3
Dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco	12	8	66,7
Outros	12	1	8,3

As respostas obtidas evidenciam que existe dificuldade em identificar um potencial Risco, dificuldades na transmissão do Risco entre as equipas multidisciplinares, bem como a presença de discrepância no processo de comunicação de informação associado ao Risco. Alzahrani (2022) concluiu que as ações associadas à gestão do Risco podem ser melhoradas, promovendo a cultura de segurança na organização, envolver os colaboradores no processo de notificação do Risco e na utilização de ferramentas de gestão do Risco.

A questão número 3 aborda os diversos obstáculos com que os Enfermeiros no processo de transmissão da Comunicação de Risco ao utente/paciente. Nestes, 8 elementos elegeram o “*Nível de Literacia*” e o “*Nível de Literacia em Saúde*”, seguindo-se as opções “*Desconfiança do indivíduo/comunidade*” e “*Renitência em assimilar a informação transmitida*”, com 7 considerações cada. Seis elementos evidenciaram a opção “*Negação em relação à presença do Risco*”, seguindo-se a opção de “*Valores Culturais*”, que foi escolhida por 5 elementos. Por fim, a opção “*Gravidade do Risco*” presente foi selecionada por 3 elementos e a opção “*Crenças Religiosas*” foi selecionada por 2 elementos.

Tabela 22 Identificação de possíveis obstáculos no processo de transmissão da Comunicação de Risco ao Utente/Paciente.

Obstáculos na Comunicação de Risco ao Utente/Paciente	N	Seleção de opção	Porcentagem (%)
Valores Culturais	12	4	41,7
Crenças Religiosas	12	2	16,7
Desconfiança do indivíduo/comunidade	12	7	58,3
Nível de Literacia	12	8	66,7
Nível de Literacia em Saúde	12	8	66,7
Gravidade do Risco presente	12	3	25
Renitência em assimilar a informação transmitida	12	7	58,3
Negação em relação à presença do Risco	12	6	50
Outros	12	0	0

As respostas dos elementos de Enfermagem inquiridos evidenciam claramente que os Utentes/Pacientes com os quais estes interagem/trabalham na área da ULS em estudo apresentam níveis de Literacia e Literacia em Saúde baixos. Estes possuem valores culturais e crenças religiosas, que, associados a baixos níveis de Literacia e Literacia em Saúde, podem levar a sentimentos de desconfiança, renitência em relação à informação transmitida e até sentimento de negação perante a presença do Risco, sendo ele potencial ou estando mesmo presente. O estudo de Topçu e Ardaha (2023) expõe que a perceção de Risco da população estudada pelos autores sobre doenças cardiovasculares está diretamente relacionada com inúmeras variáveis, tal como a idade, género, nível de educação, tipo de emprego, estado civil, perceção sobre a saúde, a existência de doenças crónicas prévias, consumo de tabaco e possível historial familiar de doenças cardiovasculares. Estas evidências corroboram com os autores O'Toole, Alvarado-Little e Ledford (2019) quando afirmam que há uma diferença cultural entre os utentes/pacientes e os profissionais de saúde, sendo que os primeiros podem interpretar o discurso e os comportamentos dos profissionais de saúde de forma distinta. A linha de pensamento perante estes obstáculos comunicacionais é a de que é necessário os profissionais que prestam cuidados de saúde dediquem tempo na compreensão dos diferentes sistemas de valores dos utentes/pacientes, com o intuito de adaptar o processo de Comunicação de Risco ao(s) mesmo(s), de forma que este seja efetivo (Andrullis e Brach, 2007; Joint Comission International, 2018; Sawant e Sansgiry, 2017).

No processo de confronto das conclusões obtidas na secção da Comunicação de Risco com o Modelo-Base construído pela investigadora, conseguiram-se identificar debilidades que possam limitar a identificação e gestão do Risco e o processo de Comunicação do mesmo no seio da Organização (Figura 8).



Figura 9 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional, Comunicação Organizacional e Comunicação de Risco

Dada a identificação de que a Organização em análise apresenta, de acordo com os resultados dos dados obtidos, uma comunicação ineficaz, torna-se claro que, perante o Risco, os processos internos da mesma vão ser ineficazes. As percepções dos Enfermeiros perante as suas ações e reações e as ações dos outros elementos perante as dinâmicas de trabalho no seio das equipas multidisciplinares poderão ser desfasados e/ou irregulares. Perante esta situação, a eficiência no processo de Comunicação de Risco está em causa, dado que a Comunicação Interdisciplinar é claramente inadequada e limitada. Mesmo tendo em consideração, de acordo com o que a literatura evidencia, que as percepções são individuais e únicas, tem de se efetuar um processo de integração dos vários elementos que constituem a equipa multidisciplinar direcionado para a sedimentação da missão, valores e visão da Organização onde são inseridos. De salientar que o investimento das organizações em formação sobre Comunicação aos seus colaboradores é essencial para amenizar ou até eliminar debilidades e/ou lacunas comunicacionais no seio da instituição. Torna-se necessária uma avaliação das necessidades da Organização a nível da sua Cultura Organizacional, com o intuito de efectuar melhorias no processo de Comunicação Interna, para que, quando surgir o Risco (seja em forma

potencial ou real), possa ser identificado, transmitido/comunicado aos elementos/departamentos visados, de forma a gerir e/ou mitigar o mesmo de uma forma simples e efetiva.

4.6. Síntese de Resultados

Tendo em consideração a premissa de Shin (2021) em que indica que “a cultura é transmitida usando comunicação e que a comunicação é definitivamente influenciada pela cultura organizacional (Shin, 2021, p. 31), surge a oportunidade de refletir acerca da realidade nas Organizações de Saúde a nível nacional.



Figura 10 Modelo-Base em estudo com a identificação de lacunas identificadas na Cultura Organizacional, Comunicação Organizacional e Comunicação de Risco

As conclusões obtidas pela recolha dos dados amostrais da população em estudo evidenciam que a qualidade do processo de Comunicação de Risco na organização em análise padece de debilidades consideráveis (Figura 10).

Estas são a consequência de um efeito “bola de neve”, em que começa na Cultura Organizacional. As falhas/lacunas/debilidades presentes a nível Cultural no seio da Organização influenciam diretamente de forma negativa na Comunicação Organizacional e as relações dos seus colaboradores. De acordo com as práticas, os valores, rituais, símbolos e heróis presentes na sedimentação da Cultura Organizacional, também os seus colaboradores vão, ao longo do tempo, percecionar o Risco de forma

condicionada. As lacunas existentes na Cultura da Organização influenciam os processos comunicacionais a nível interno e a forma como os seus colaboradores percecionam o Risco, levando a que, quando surge o Risco (em formato real ou potencial), os elementos apresentem dificuldade na deteção atempada, na transmissão do mesmo aos elementos das equipas multidisciplinares e na gestão do mesmo de forma eficaz.

Os dados recolhidos para as tabelas da Observação Direta e Indireta do Participante evidenciam também lacunas a nível da Comunicação Interdisciplinar, bem como no processo de Comunicação de Risco com o Utente/Paciente. A nível da Comunicação Interna, foi claramente evidenciada a dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco, o que se traduz num processo comunicacional ineficaz a nível organizacional. Perante a transmissão de informação de Risco ao Utente/paciente, foram evidenciados inúmeros obstáculos que os Enfermeiros se deparam quando o risco lhes é comunicado, sendo os principais o baixo nível de literacia em saúde, lacuna na identificação de um potencial Risco, desvalorização perante a gravidade do risco presente e/ou negação em relação à presença do Risco.

A estruturação de uma cultura de segurança nas Unidades de Saúde é influenciada por inúmeros fatores, internos e externos, os quais os profissionais de saúde têm de lidar diariamente no decorrer da sua atividade profissional. A qualidade da prestação de cuidados de saúde depende vastamente de um processo comunicacional eficaz. A nível organizacional, é necessário investir em programas de formação interna de todos os profissionais, em especial as equipas de profissionais de saúde, sendo estes os que contactam durante mais tempo com o paciente/utente.

É essencial repensar a importância da formação dos Enfermeiros acerca do Risco e a Comunicação do Risco, com o intuito de que os mesmos estejam despertos para quando, onde e porque possa surgir o Risco. Enfermeiros com formação em Comunicação, em especial Comunicação de Risco direcionada para a área da saúde, possuem ferramentas que lhes permitem delinear estratégias mais coerentes e eficazes quando lidam com o Risco, em forma potencial ou real.

O processo de recolha de dados foi, no mínimo, desafiante. Em primeiro lugar, a investigadora não exerce funções na instituição inquirida. Em segundo lugar, a recolha de dados de duas amostras, tendo como objetivo principal da primeira amostra a recolha de dados sobre Cultura Organizacional e Comunicação Organizacional. Para a segunda amostra, para além da recolha de dados sobre Cultura Organizacional e Comunicação Organizacional, foi acrescentado ao Inquérito uma secção sobre Comunicação de Risco. O interesse e a adesão ao preenchimento do Inquérito foi baixo. Os resultados deste estudo poderão não ser representativos das perceções da população em análise acerca da Cultura

Organizacional e Comunicação Organizacional, bem como as percepções acerca da Comunicação de Risco, dado que a amostra de Enfermeiros inquiridos é muito reduzida.

No entanto, a principal conclusão do estudo está em consonância com estudos realizados anteriormente. Lemon e VanDyke (2021) evidenciam que os estudos realizados sugere que

“as estruturas, culturas e normas organizacionais devem convidar e reforçar a comunicação e a colaboração em torno da segurança e mitigação de riscos e comportamentos para evitar manifestações de risco, tornando as estruturas organizacionais e culturais normas relevantes para medidas de mitigação e protocolos de comunicação” Lemon e VanDyke, 2021, p.6).

De acordo com o estudo de Ta`an, Allama e Williams (2024), o processo de melhoria da cultura organizacional das unidades de saúde devem passar “pela melhoria da estrutura de saúde em todas as dimensões que incluem a satisfação do paciente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de Enfermagem, a responsabilidade e o rigor” (Ta`an, Allama & Williams, 2024, p. 5). Todas as áreas de melhoria identificadas pelo estudo anterior poderão ser aproveitadas para a realização de uma análise pelos profissionais que possuem competências/cargos de gestão/coordenação na ULS em estudo, com o intuito de identificar e trabalhar fragilidades culturais e dinâmicas ineficazes presentes na mesma.

5. LINHAS ORIENTADORAS PARA OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DE RISCO

5.1. Comunicação de Risco – Orientações provenientes da Literatura

Na sequência do estudo realizado acerca do processo de transmissão da Comunicação de Risco, foi verificado na bibliografia analisada que a presença de lacunas/falhas no processo de Comunicação de Risco podem levar à ocorrência de erros no desenrolar da atividade profissional dos Enfermeiros e, consequentemente, surgirem consequências negativas para o utente/paciente.

Seguindo a linha de pensamento de Runtu, Novieastari e Handayani (2019), existem cinco atributos da cultura organizacional que influenciam de forma positiva a coordenação de cuidados por profissionais que desenvolvem funções de gestão em saúde. Os atributos passam pela forma como o relacionamento e comunicação da equipa de saúde, o trabalho em equipa, a forma como são geridos os conflitos, a autoridade e autonomia do profissional gestor e a existência de critérios de sucesso (Runtu, Novieastari e Handayani, 2019). De acordo com os autores, a eficiência da coordenação de cuidados de saúde é “influenciado pela facilidade de acesso à informação, pela continuidade da informação, incluindo a divulgação de informação para evitar a repetição de procedimentos”, bem como pela criação de “um sistema de apoio aos prestadores de serviços para aceder a registos” essenciais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Runtu, Novieastari e Handayani, 2019, p. 786).

Lopes (2010) afirma que “só em parte a gestão pode controlar a cultura, devendo sobretudo respeitar a sua dinâmica intrínseca, para a poder gerir” (Lopes, 2010, p. 13). Os profissionais de saúde que exercem funções de gestão são considerados um dos grandes exemplos de profissionais que modelam a cultura na sua organização (Warrick, 2017). Tendo em consideração as premissas anteriores e que a eficiência do processo de Comunicação de Risco é uma “combinação complexa de sistemas que dependem da deliberação para cultivar o rendimento e produzir resultados bem-sucedidos (Lemon e VanDyke, 20211, p. 11), sentiu-se a necessidade de criar linhas orientadoras para otimização da Comunicação de Risco, com o intuito de auxiliar o Enfermeiro com funções de Gestão no seu desempenho profissional.

Tornou-se necessário a realização de uma revisão de literatura, de forma a sustentar a elaboração das linhas orientadoras. Na tabela seguinte apresentam-se diversos autores que publicaram

artigos com estratégias/planos direcionados para a Comunicação de Risco eficaz, tanto a nível de equipas multidisciplinares, como entre profissionais de saúde com o Utente/Paciente:

Tabela 23 Referências bibliográficas com estratégias/planos direcionados para a Comunicação de Risco eficaz

Autor	Ano	Guidelines/Plano	Princípios
John Paling	2003	Estratégias para ajudar os pacientes a compreender os riscos.	• A forma como os profissionais de saúde comunicam o risco pode influenciar a perceção de Risco do paciente • Usar informação visual e números absolutos • Informar as probabilidades de resultados positivos e negativos associadas ao Risco • Manter discurso consistente
DGS	2020	Princípios básicos da Comunicação de Risco em contexto de crise.	• Reconhecer a incerteza • Demonstrar disponibilidade para responder questões • Demonstrar empatia • Comunique de forma simples • Seja respeitador
Richter, Jansen, Bongaerts, Damman, Rademakers & Van der Weijden	2023	Estratégias de Comunicação do Risco.	• Contextualizar o Risco • Abordar o enquadramento positivo e negativo • Evitar apenas a descrição verbal do lado positivo e negativo do Risco • Usar um denominador consistente para frequências • Usar informação visual para transmitir o Risco
Zikmund-Fisher	2012	Otimização da transmissão da Comunicação de Risco para uma melhor compreensão da informação pelo Utente/Paciente.	• Consciencializar da possibilidade de Risco • Motivar para o Utente/Paciente mudar o Risco • Fornecer informação comparativa do Risco presente com outros • Fornecer estimativas do Risco antes e após algum tipo de intervenção
David Laight	2022	Comunicação de Risco no processo da tomada de decisão compartilhada.	• Evitar descrições coloquiais de Risco, como <i>raro</i> e <i>comum</i> • Usar linguagem consistente e franca • Ajustar o tempo de transmissão da Comunicação do Risco de acordo com a capacidade de assimilação do Utente/Paciente • Confirmar se o Utente/Paciente assimilou a informação associada ao Risco transmitida
Fagerlin, Zikmund-Fisher, Ubel	2001	Recomendações para comunicação de Risco ao Utente/Paciente.	• Usar linguagem simples para tornar os materiais escritos mais compreensíveis

Autor	Ano	Guidelines/Plano	Princípios
			• Usar um formato de informação sobre como a intervenção/tratamento pode alterar o Risco preexistente • Ter em consideração que a Perceção de Risco do Utente/Paciente pode ser afetada pela ordem em que são transmitidos os riscos e os benefícios das intervenções/tratamentos • Considerar o uso de tabelas dos riscos e benefícios na apresentação das várias opções de tratamento ao Utente/Paciente • Chamar a atenção do Utente/Paciente sobre o período em que o Risco ocorre ou poderá ocorrer
Petra Kämäräinen, Leena Mikkola, Anu Nurmekkala, Mea Wright, Tarja Kvist	2024	Classificação de competência de enfermeiros gestores direcionada para a comunicação interpessoal.	• Competência de mensagem (produção, interpretação e recepção/retribuição) • Competência relacional • Competência na realização de tarefas
Panickar, R., Aziz, Z., Teo, C. H., Kamarulzaman, A.	2024	Identificação de estratégias prioritárias para melhorar a comunicação de riscos associados à gestão medicamentosa por profissionais de saúde.	• Melhorar formato e conteúdo • Melhorar o uso de tecnologia • Aumentar a colaboração • Traduzir e integrar a informação de segurança para a prática • Implementar programas educacionais • Avaliar a efetividade
Chien, L. J., Slade, D., Dahm, M. R., Brady, B., Roberts, E., Goncharov, L., Taylor, J., Eggins, S., & Thornton, A.	2022	Passagens de turno seguras e eficazes através da implementação de um formato protocolado para o uso de ferramentas de passagem de turno estruturadas e estandardizadas.	• Apresentar o paciente aos elementos da equipa de enfermagem do turno a seguir e apresentar os elementos da equipa ao paciente; • Comunicar claramente as necessidades clínicas do paciente; • Facilitar a comunicação acerca de mudanças da condição clínica do paciente, mudanças na gestão destas e preocupações do mesmo associadas a esta transição; • Questionar o paciente acerca de possíveis dúvidas; • Facilitar o processo comunicacional entre a equipa de saúde e o paciente, relativamente à confirmação e esclarecimento de informações; • Consultar gráficos, planos de cuidados ou ferramentas relevantes à prestação de cuidados ao paciente junto do mesmo.
Lambert, V., Keogh, D.	2014	Ferramentas para melhorar a literacia em saúde na prática	• Melhorar a comunicação verbal com o paciente • Melhorar a comunicação escrita • Melhorar a autogestão e o empoderamento do paciente

Autor	Ano	Guidelines/Plano	Princípios
			• Melhorar os sistemas de suporte ao paciente e família
Zipkin, D. A., Umscheid, C. A., Keating, N. L., Allen, E., Aung, K., Beyth, R., Kaatz, S., Mann, D. M., Sussman, J. B., Korenstein, D., Schardt, C., Nagi, A., Sloane, R. & Feldstein, D. A.	2014	Abordagens recomendadas para comunicação de riscos no sentido de melhorar a compreensão e a satisfação do paciente, bem como ajudar na tomada de decisão na realização de intervenções associadas ao Risco.	• Expressar probabilidades associadas ao Risco como taxas de eventos ou frequências naturais; • Expressar benefícios e riscos em termos absolutos; • Utilizar o apoio de gráficos ou tabelas para transmitir Riscos numéricos; • Explicar o Risco do paciente utilizando comparação com o Risco de outros eventos; • Utilizar apenas os descritores qualitativos associados ao Risco
Joint Commission International	2018	Soluções para melhorar a comunicação com o paciente.	• Melhorar a comunicação na passagem de turno entre equipas de saúde; • Dar alta aos pacientes de forma eficaz; • Adaptar a linguagem de acordo com as capacidades de literacia do paciente; • Superar barreiras culturais; • Atender às necessidades do paciente relacionadas com a sua idade; • Comunicar pedidos médicos precisos e resultados de testes.
Freitag, M., Carroll, V. S.	2011	Implementação de uma abordagem padronizada para a comunicação de passagens de turno.	• Permite a comunicação interativa entre o emissor e o recetor, permitindo a elaboração de questões para esclarecimento e complementação da informação transmitida; • Transmite a informação relacionada com o cuidado, tratamento, serviços e alterações clínicas do paciente; • Capacidade de verificação da informação transmitida associada ao paciente; • Possibilidade de o profissional de saúde que está a receber a mensagem rever dados históricos do paciente, • Controlo da limitação de interrupção durante o processo de transmissão da informação na passagem de turno;
Anderson, B.	2019	Desafios da comunicação efetiva	• A importância do tom de voz e a forma como são utilizadas as palavras para transmitir a informação, • A importância da utilização da audição; • A importância de ouvir o paciente; • A importância do processo de análise da percepção, interpretação e compreensão

Autor	Ano	Guidelines/Plano	Princípios
			do paciente perante a mensagem transmitida; • Transmitir a informação ao paciente de forma clara e esclarecida, tendo em consideração o respeito e dignidade do mesmo.

De acordo com Runtu, Novieastari e Handayani (2019), as relações interprofissionais vão auxiliar na gestão da transmissão de comunicação efetiva na equipa multidisciplinar, o que vai beneficiar a qualidade de cuidados prestados ao utente/paciente. Os autores evidenciam que a “natureza cooperativa e assertiva pode servir de valor cultural para que possa atuar como cola na coordenação de uma equipa de atendimento multidisciplinar” (Runtu, Novieastari e Handayani, 2019, p. 799).

Segundo Lemon e VanDyke (2021), o processo de Comunicação de Risco tem “dupla importância tanto com o público externo quanto com o interno”, sendo que a falta de um planeamento e implementação de estratégias adequadas face ao Risco no seio da organização de saúde pode ser uma “oportunidade perdida” ou mesmo uma “fonte de problemas futuros”, tanto a nível da gestão de equipas de saúde como a nível da gestão do Risco a nível organizacional (Lemon e VanDyke, 2021, p. 8). Os autores anteriormente referidos evidenciam que as organizações de saúde se focam em “protocolos processuais”, e que os profissionais que exercem funções laborais na mesma “sigam as orientações de gestão e da cultura das práticas no local de trabalho”, com a assunção de que “o local de trabalho é seguro e que o risco é gerido e comunicado para alcançar a segurança dos públicos internos e externos” (Lemon e VanDyke, 2021, p. 4). A comunicação dos profissionais de saúde com funções de gestão é essencial, dado que a qualidade/efetividade da mesma vai permitir uma melhor relação com os colaboradores da organização, motivando-os para ir de encontro à missão, visão e valores da mesma (Gochhayat et al, 2017).

5.2. Relação entre os resultados obtidos e a Literatura

Segundo o Diário da República (2019), o Serviço Nacional de Saúde tem que “se constituir como uma entidade dinâmica, proativa e com capacidade de responder de forma eficiente e sustentável às necessidades de saúde resultantes da evolução demográfica e epidemiológica” (DR, 2019, p. 2626). Seguindo a linha de pensamento do Regulamento anteriormente referido, deve-se ter em consideração a necessidade de os serviços se adaptarem às necessidades de prestação de cuidados à população, “preservando os interesses e direitos daqueles que recorrem ao SNS, mas também dos seus

trabalhadores” (DR, 2019, p. 2626).

O profissional de saúde que assume cargos de gestão tem como função a coordenação da sua unidade organizacional, através da promoção de estratégias que aumentem a eficácia e manutenção do ritmo de trabalho da sua equipa (Runtu, Novieastari e Handayani, 2019).

Em Portugal, o Enfermeiro Gestor tem inúmeras funções, as quais são cumulativas com as funções inerentes às de Enfermeiro Generalista e Enfermeiro Especialista. O Diário da República especifica e enumera a abrangência das suas responsabilidades profissionais, sendo que o mesmo tem de desempenhar funções de “planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança” (DR, 2019, p. 2628). Tendo em consideração o Artigo 10º-B do Decreto-Lei nº 71/2019, de 27 de maio, em que aborda o *Conteúdo funcional do enfermeiro gestor*, foram identificadas três alíneas relevantes para serem abordadas neste estudo:

c) “Criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na unidade ou serviço, salvaguardando a dignidade e autonomia de exercício profissional e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros:

f) Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área;

g) Promover a divulgação de informação relevante para o exercício profissional de enfermagem na unidade ou serviço” (DR, 2019, p. 2628).

5.3. Linhas Orientadoras do processo de Comunicação de Risco - ECOA

Na finalização deste estudo, sentiu-se a necessidade de criar linhas de orientação para um processo de Comunicação de Risco eficaz, tendo em consideração as funções do Enfermeiro Gestor em Unidades/Organizações de Saúde a nível nacional, anteriormente referidas. Estas foram planeadas, tendo em consideração de que o Enfermeiro Gestor deve realizar uma comunicação estruturada e concisa e adaptada de acordo com a situação e seus intervenientes (Vecchio-Sadus, 2007).

Na tabela abaixo apresentam-se sintetizadas algumas estratégias/linhas orientadoras identificadas como sendo consideradas essenciais no processo comunicacional que o Enfermeiro Gestor

possa realizar no exercício das suas funções.

Tabela 24 Linhas orientadoras para otimização do processo de Comunicação de Risco - ECOA

Etapas da Comunicação de Risco	Estratégias / Linhas Orientadoras	
E - Envio da Mensagem de Risco	• Tipo de mensagem de Risco • Para quem vai ser transmitida a mensagem de Risco (equipa multidisciplinar ou utentes/pacientes; Intra organizacional ou extra organizacional) • Como vai ser transmitido o Risco - contextualização, tipo de linguagem e consistência no discurso • Vias de transmissão da mensagem de Risco - comunicação direta ou indireta; formal ou informal • Qual o contexto em que vai ser transmitido o Risco	
C - Colaboração	• Formal versus informal • Comunicação Interna versus Comunicação Externa • Comunicação Intra disciplinar versus Comunicação Multidisciplinar	
O - Observação	• • • • Resposta / Reação à transmissão do Risco;	• Utentes/Pacientes • Profissionais da Organização (equipas interdisciplinares, multidisciplinares e outros) • Outras Entidades / Organizações
		• Resposta verbal • Resposta não verbal • Resposta através de documentos formais (carta, e-mail, correio interno da Organização)
A - Avaliação	• Avaliação da resposta obtida • Avaliação da compreensão da mensagem de Risco transmitida ao destinatário • Avaliação da perceção do destinatário acerca do tipo de Risco transmitido (potencial ou já presente) • Avaliação da compreensão do destinatário acerca do tipo de intervenções que podem ser realizadas perante o Risco transmitido • Avaliação da necessidade de reforçar a transmissão de informação associada ao Risco • Assegurar que a tomada de decisão perante o Risco transmitido é coerente e esclarecida	

Fonte: Autoria própria

CONCLUSÃO

A temática Comunicação de Risco, lecionada na Cadeira de Comunicação em Saúde no Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, foi o fio condutor que impulsionou a elaboração deste estudo. O estudo permitiu fazer uma ligação entre a Cultura Organizacional e Comunicação Organizacional com os conceitos Risco, Comunicação de Risco, Percepção de Risco, tanto a nível teórico (revisão de literatura), como a nível das percepções dos Enfermeiros acerca das temáticas (análise de dados recolhidos). Apesar de não ter sido realizada uma identificação de Cultura Organizacional predominante na organização de saúde em estudo, os dados recolhidos evidenciaram debilidades organizacionais a nível da Cultura Organizacional e da Comunicação Organizacional, em específico na Comunicação Intra disciplinar, o que levou à identificação de lacunas no processo de Comunicação de Risco a nível organizacional. Verificou-se também que todas as lacunas/debilidades existentes a nível da Cultura Organizacional influenciam negativamente a Comunicação Interna, o que leva este último a influenciar negativamente a Percepção de Risco dos seus colaboradores, bem como uma influência negativa no processo de Comunicação de Risco, o que leva a uma repercussão nociva em cadeia. De acordo com a bibliografia existente na área, estes déficits podem influenciar significativamente a qualidade das relações profissionais, o bem-estar dos colaboradores e a sua produtividade. Diversos autores mencionam os benefícios das organizações, em especial as organizações de saúde, investirem em formação em Comunicação, com o intuito de otimizar os processos comunicacionais do dia-a-dia dos seus colaboradores e, consequentemente, aumentar a produtividade e potenciar a qualidade dos serviços prestados.

No decorrer do processo de sedimentação de conceitos na secção da Revisão de Literatura, surgiu a necessidade de criar um construto teórico, o Diagrama dos processos que influenciam a transmissão do Risco a nível organizacional. Através deste foi realizada uma interligação dos conceitos em estudo, sendo o mesmo utilizado posteriormente na discussão de resultados obtidos.

Tendo em consideração os resultados obtidos, sentiu-se a necessidade de elaborar uma tabela com Linhas Orientadoras do processo comunicacional eficaz direcionado para as equipas multidisciplinares de saúde – Linhas Orientadoras ECOA. Estas Linhas Orientadoras englobam todo o processo de comunicação do Risco, passando pelo *Envio da mensagem de Risco*, a *Colaboração*, a *Observação* e a *Avaliação* de todo o processo comunicacional dos profissionais de saúde com os intervenientes.

No processo de realização deste estudo a investigadora deparou-se com vários desafios,

nomeadamente na aplicação do Inquérito para recolha de dados. A complexidade da temática e pouca motivação dos indivíduos para colaborar no estudo levaram a que o mesmo fosse elaborado com uma amostra reduzida. Este facto é preditivo de que as respostas obtidas podem não representar a totalidade da população de Enfermeiros da ULS da região Norte de Portugal em análise.

Este estudo poderá ser utilizado como base para futuras investigações na área, em que a recolha de dados com um grupo amostral mais significativo possa revelar informação mais concreta acerca da Cultura Organizacional, Comunicação Organizacional e Comunicação de Risco e implementação de novas medidas de melhoria dos processos comunicacionais e formação específica no seio das organizações de saúde portuguesas. Poder-se-á também desenvolver um estudo das Linhas Orientadores ECOA, com o intuito de realização da sua validação e sistematização.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, H., Naik, G., Willoughby, H., Edwards, A. G. (2012). Communicating risk. BMJ, pp. 1-7. DOI: [10.1136/bmj.e3996](https://doi.org/10.1136/bmj.e3996)
- Albino, C. S. R., Vidal, J. C. A., Pescada, S. S. P. V. (2022). A importância da cultura organizacional na gestão da satisfação dos trabalhadores de três serviços de saúde públicos. Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social. Volume 8 (1), pp. 1-18. Disponível em: [Visualização de A importância da cultura organizacional na gestão da satisfação dos trabalhadores de três serviços de saúde públicos | Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social](#)
- Althubaiti, A. (2016). Information bias in healyh research: definition, pitfalls, and adjustment methods. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 9, pp. 211-217. DOI: [10.2147/JMDH.S104807](https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807)
- Alzahrani, M. M. (2022). Understanding and Improving Current Risk Management Practices in Hospital Settings. International Journal of Pharmaceutical and Bio-Medical Science, 02 (10), pp. 449-455. DOI: [10.47191/ijpbms/v2-i10-13](https://doi.org/10.47191/ijpbms/v2-i10-13)
- Anderson, B. (2019). Reflecting on the communication process in health care. Part 1: clinical practice - breaking bad news. British journal of Nursing, vol. 28, nº 13. DOI: [10.12968/bjon.2019.28.13.858](https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.13.858)
- Andrullis, D. P., Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. Am J Health Behav, suplemento 1. DOI: [10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S122](https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S122)
- Aven, T., Renn, O., Rosa, E. A. (2011). On the ontological status of the concept of risk. Safety Science, volume 49, issues 8-9, pp. 1074-1079. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.04.015>
- Balong-Way, D., Mcomas, K., Besley, J. (2020). The Evolving Field of Risk Communication. Risk Analysis, 40 (S1), pp. 2240-2262. DOI: [10.1111/risa.13615](https://doi.org/10.1111/risa.13615)

Begnami, M. L. V., Zorzo, A. (2013). Clima Organizacional: Percepções e Aplicabilidade. Revista Científica da FHO/ UNIARARAS, vol. 1, nº2, pp. 38-47. Disponível em: https://www.fho.edu.br/revistacientifica/_documentos/art.5-002-2013.pdf

Brás, C. P. C., Ferreira, M. M. C. & Figueiredo, M. C. A. B. (2023). Construção e validação da Escala de Comunicação Interprofissional em Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 76(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0483pt>

Brooks, L. A. Manias, E. e Bloomer, M. J. (2018). Culturally sensitive Communication in healthcare: A concept analysis. Australian College of Nursing, pp. 383-391. Disponível em: [Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis – Monash University](#)

Cameron, K. S., Quinn, R. E. (2006). Diagnosing and Changing Organizational Culture - Based on the Competing Values Framework. Jossey-Bass. ISBN- 13978-0-7879-8283-6.

Chien, L. J., Slade, D., Dahm, M. R., Brady, B., Roberts, E., Goncharov, L., Taylor, J., Eggins, S., & Thornton, A. (2022). Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1413–1430. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15110>

Conceição, L. A., Marcellos, L. N. & Rached, C. D. A. (2019). Comunicação Organizacional: Com ênfase na Equipe de saúde. Revista Saúde em Foco, Edição 11, pp. 424-430. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/376345873_A_COMUNICACAO_NAO_VERBAL_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_DE_UM_SERVICO_DE_ATENCAO_DOMICILIAR

Cooke, M. (2016). TeamSTEPPS for healthcare risk managers: Improving teamwork and communication. Journal of Healthcare Risk Management. Volume 36 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhrm.21233>

Council of Canadian Academies (2015). Health Product Risk Communication: Is the Message Getting Through?

Disponível em: <https://cca-reports.ca/reports/health-product-risk-communication-is-the-message->

[getting-through/](#)

Coutinho, C. P. (2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. 2ª Edição, Almedina, p.23. ISBN 978-972-40-5137-6.

Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª Edição, Artmed, p.238.

ISBN: 978-85-363-2300-8.

Cruz, S. G., Ferreira, M. M. F. (2015). Perceção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. Revista de Enfermagem Referência, IV, pp. 75-83. DOI: [10.12707/RIV14065](https://doi.org/10.12707/RIV14065)

DGS (2023). Plano Nacional de Saúde 2030: Guia de Comunicação em Saúde - Áreas Especializadas. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2023/04/GBP_02_areas_especializadas.pdf

DGS (2020). Princípios orientadores para comunicação de riscos e crise baseados na perceção de risco - Doença Respiratória aguda por 2019-nCoV. Disponível em: <https://fch.lisboa.ucp.pt/pt-pt/asset/10276/file>

Fagerlin, A., Zikmund-Fisher, B. J. & Ubel, P. A. (2001). Helping Patients Decide: Ten Steps to Better Risk Communication. National Library of Medicine, 103 (19), pp. 1436-1443. DOI: [10.1093/jnci/djr318](https://doi.org/10.1093/jnci/djr318)

Ferreira, A. I., Hill, M. M. (2007). Diferenças de Cultura entre Instituições de Ensino Superior público e Privado - um estudo de caso. Psicologia, Vol. XXI (1), pp. 7-26. Doi: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v21i1.354>

Fewster-Thuente, L., Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. Nursing Administration Quarterly, vol. 32, nº 1, pp.40-48. Doi: [10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61](https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61)

Fonseca, P. H., Lowen, I. M. V., Lourenço, M. L. & Peres, A. M. (2018). Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. *Saúde Debate*, Volume 42, nº 116, pp. 318-330. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/318-330/>

Freitag, M., Carroll, V. S. (2011). Handoff Communication: Using Failure Modes and Effects Analysis to Improve the Transition in Care Process. *Quality Management in Health Care* 20(2): p. 103-109, April/June 2011. | DOI: [10.1097/QMH.0b013e3182136f58](https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e3182136f58)

Glik, D. C. (2007). Risk Communication for Public Health Emergencies. *Annual Review of Public Health*, 28 (1), pp. 33-54. DOI: [10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123)

Gochhayat, J., Giri, V. N., & Suar, D. (2017). Influence of Organizational Culture on Organizational Effectiveness: The Mediating Role of Organizational Communication. *Global Business Review*, 18(3), 691-702. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0972150917692185>

Gonçalves, M., Gonçalves, N., Mendonça-Gonçalves, M., Sousa, A. L., Morgado, P., Sousa, N., Costa, P. & Cerqueira, J. (2020). Minho Communication Assessment Scale: Development and Validation. Doi: [10.20344/amp.12727](https://doi.org/10.20344/amp.12727)

Gondim, Grácia Maria de Miranda. Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. pp. 87-120. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). Disponível em: [O território e o processo saúde-doença - Do Conceito de Risco ao da Precaução.pdf \(fiocruz.br\)](https://www.fiocruz.br/territorio-e-o-processo-saude-doenca-do-conceito-de-risco-ao-da-precaucao.pdf)

Griesi, J. M., Bernardes, J. M., Ruiz-Frutos, C., Alonso, M., Fagundo-Rivera, J., Gómez, J., López-López, D., Camacho-Vega, J. C. e Dias, A. (2024). Risk Perception of Healthcare workers in the first wave of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Helion*, 10, pp. 1-13. Disponível em: [Risk perception of healthcare workers in the first wave of the COVID-19 pandemic in Brazil: Heliyon \(cell.com\)](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28111)

Hampel, J. (2006) Different concepts of risk – A challenge for risk communication. International Journal of Medical Microbiology, 296, S1, pp.5-10. Disponível em: [Different concepts of risk – A challenge for risk communication - ScienceDirect](#)

Harris, E.P., MacDonald, D. B., Boland, L., Boet, S., Lalu, M. M.& Mclsaac, D. I. (2019). Personalized perioperative medicine: a scoping review of personalized assessment and communication of risk before surgery. Journal of Canadian Anesthesiology Society, 66, pp. 1026-1037. Doi: [10.1007/s12630-019-01432-6](#)

House, S., Havens, D. (2017). Nurses` and Physicians` Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. The Journal of Nursing Administration, volume 47, pp. 165-171. DOI: [10.1097/NNA.0000000000000460](#)

Joint Commission International (2018). Communicating Clearly and Effectively to Patients: How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care, pp.1-11. Disponível em: [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)

Hashim, M. J. (2017). Patient-Centred Communication: Basic Skills. Am Fam Physician, Jan 1 (95), pp. 29-34.

Disponível em: [Patient-Centered Communication: Basic Skills - PubMed \(nih.gov\)](#)

Hofstede, G. (2003). Culturas e Organizações - Compreender a nossa programação mental. Sílabo. ISBN: 9789726181606.

House, S., Havens, D. (2017). Nurse`s and Physicians` Perceptions of Nurse-Physician Collaboration. The Journal of Nursing Administration, volume 47, nº 3, pp. 165-171. DOI: [10.1097/NNA.0000000000000460](#)

Kämäräinen, P., Mikkola, L., Nurmeksela, A., Wright, M. & Kvist, T. (2024). Nurse leaders' interpersonal communication competence: A mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing, pp. 1-23. DOI: [10.1111/jan.16184](#)

- Kwantes, C. T. (2015). Organizational Culture. *International Management*, vol. 6 DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom060152>
- Laight, D. (2022). Risk Communication: a pillar of shared decision making. *Prescriber*, vol. 33, pp. 24- 28. DOI: <https://doi.org/10.1002/psb.1993>
- Lambert, V., Keogh, D. (2014). Health literacy and its importance for effective communication. Part 2. *Nursing Children and Young People*, 26,4, pp. 32-36. DOI: [10.7748/ncyp2014.05.26.4.32.e387](https://doi.org/10.7748/ncyp2014.05.26.4.32.e387)
- Lee, S. Y., Lim, E. R., Drumwright, M. E. (2018). Hybrid happening: Organizational reputations in corporate crises. *Public Relations Review*, volume 44, pp. 598-609. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2018.05.008>
- Lemon, L. L., VanDyke, M. S. (2021). Expanding the discussion on internal management of risk communication: A critique of the current risk communication literature. *Public Relations Inquiry*, pp. 1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2046147X211014086>
- Lima, L., Silva, L. E. P. & Horostecki, M. F. (2011). Cultura Organizacional. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/32914309.pdf>
- Liu, B. F., Fowler, B. M., Roberts, H. A. & Herovic, E. (2018). Keeping hospitals operating during disasters through crisis communication preparedness. *Public Relations Review*, vol. 44, pp. 585-597. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2018.06.002>
- Lloyd, M., Bor, R. & Noble, L. (2021). Habilidades de Comunicação Clínica para Medicina, 4ª Edição, *Guanabara Koogan*, pp. 67-69. ISBN:978-0-7020-7213-0.
- Lopes, A. (2010). A Cultura Organizacional em Portugal: de dimensão oculta a principal ativo intangível. *Gestão e Desenvolvimento*, 17-17, pp. 3-26. Disponível em: [\(PDF\) A cultura organizacional em Portugal: de dimensão oculta a principal activo intangível](#)

Lourenço, M. R., Marchiori, M. (2012). A Prática da Comunicação de Risco nas Organizações. Facesi em Revista, ano 4 - Volume4. Disponível em: http://www.uel.br/grupo-estudo/gecorp/images/ArtigoA_Comunica%C3%A7%C3%A3o_de_Risco_nas_Organiza%C3%A7%C3%B5es_Facesi_em_Revista.pdf

Lourenço, P. J. F. (2016). *Cultura organizacional e a qualidade dos serviços internos numa instituição de saúde pública*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/684>

Lourenço, P. J. F., Cardoso, I. M. M. M., Matos, F. R. N. & Nodari, C. H. (2017). Cultura Organizacional e Qualidade em Serviços em instituição de saúde Pública Portuguesa. Revista Pensamento Contemporâneo em Administração, vol. 11, nº4. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320544642_Cultura_organizacional_e_qualidade_em_servicos_em_instituicao_de_saude_publica_portuguesa

Lown, B. A., Gareis, K., Kormos, W., Kriegel, G., Leffer, D., Richter, J., Ship, A., Weil, E. & Manning, C. (2013). Communicate, don't litigate: The Schwartz Center Connections Program. American Society for Healthcare Risk Management of the American Hospital Association, vol. 33, nº1, pp. 3-10. DOI: [10.1002/jhrm.21112](https://doi.org/10.1002/jhrm.21112)

Massaroli, A., Pasquetti, D., Foiato, K., Souza, L. A. N., Lima, J. F. & Conceição, V. M. (2021). Estratégias Educativas na promoção da Comunicação Segura: Relato de Experiência. Cienc Cuid Saúde (20), pp 1-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1339619>

Morais, L. F., Graça, L. M. (2013). A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: Case studies in health organizations. Revista Portuguesa de Saúde Pública, pp. 129-144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.006>

Morgado, P., Almeida, M. (2020). A Arte da Entrevista Clínica. In Minho MD (2020). Medicina à Cabeceira do Doente & Comunicação Clínica. (pp. 11-16). Coleção Educação/Medicina e Saúde. Disponível em: <https://ebooks.uminho.pt/index.php/uminho/catalog/view/14/27/220>

Nunes, J. M. (2020). A comunicação do risco em medicina. Open Edition Journals, vol. 15, pp. 1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/cp.11386>

Oliveira, A. V., Santos, E. R., Silva, k. C. F., Brito, L. S., Souza, M. C. & Pizzoni, T. G. P. (2018). Comunicação Organizacional como Estratégia de Gestão. Revista Científica da Ajes, volume 7, nº 14, pp.1-11. Disponível em: [COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO | Oliveira | Revista Científica da Ajes](#)

O`Toole, J. K., Alvarado-Little, W. & Ledford, C. J. W. (2019). Communication with Diverse Patients: Addressing Culture and Language. Pediatrics Clinic of North America, vol. 66, pp. 791-804. DOI: [10.1016/j.pcl.2019.03.006](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.03.006)

Palenchar, M. J., Heath, R. L. (2002). Another part of the risk communication model: Analysis of risk communication process and message content. School of Advertising and Public Relations Publications and Other Works. Doi: [10.1207/S1532754XJPRR1402_3](https://doi.org/10.1207/S1532754XJPRR1402_3)

Paling, J. (2003). Strategies to help patients understand risks. BMJ, 327(7417), pp. 745-748. DOI: [10.1136/bmj.327.7417.745](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7417.745)

Panickar, R., Aziz, Z., Teo, C. H., Kamarulzaman, A. (2024). Strategies to enhance risk communication about medicines in Malaysia: a Delphi study among multinational experts. BMC Health Services Research, pp. 1-14. DOI: [10.1186/s12913-024-11476-0](https://doi.org/10.1186/s12913-024-11476-0)

Petrova, D., Kostopoulou, O. & Garcia-Retamero, R. (2017). Strengths and Gaps in Physicians` Risk Communication: A Scenario Study of the Influence of Numeracy on Cancer Screening Communication. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0272989X17729359>

Petry, Katyanna, Chesani, F. H. & Lopes, S. M. B. (2017). Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. Saúde & transformação Social, v.8, nº2. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265352024009.pdf>

Portugal (2019). Alteração do regime da carreira especial de enfermagem. Diário da República, 1ª série - N° 101 - 27 de maio. Disponível em: [Decreto-Lei n.º 71/2019 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)

Portell, M., Gil, R. M., Losilla, J. M., & Vives, J. (2014). Characterizing Occupational Risk Perception: The Case of Biological, Ergonomic and Organizational Hazards in Spanish Healthcare Workers. Spanish Journal of Psychology, 17. DOI: [10.1017/sjp.2014.55](#)

Portugal (2021). Aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

Diário da República, 2ª série – N°187 – 24 de setembro. Disponível em: [0009600103.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Qiu, W., Rutherford, S., Chu, C., Mao, A. & Hou, X. (2016). Risk communication in public health. Global Journal of Medicine and Public Health, pp. 1-11. Disponível em: [Microsoft Word - VP 1](#)

Rego, A. (2022). Comunicação Pessoal e Organizacional - Teoria e Prática. 5ª Edição, Edições Sílabo, p.143. ISBN: 978-989-561-235-2.

Richter, R., Jansen, J., Bongaerts, I., Damman, O., Rademakers, J. & Van der Weijden, T. (2023). Communication of benefits and harms in shared decision making with patients with limited health literacy: A systematic review of risk communication strategies. Elsevier, pp. 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107944>

Rowan, K. E. (1994). Why Rules for Risk Communication Are Not Enough: A Problem-Solving Approach to Risk Communication. Risk Analysis, volume 14, Ed. 3. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1994.tb00253>.

Rohrmann, B. (2000). A socio-psychological model for analyzing risk communication processes. The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies, pp. 1-12. Disponível em: [Contents & Abstracts : Volume 2000-2 \(massey.ac.nz\)](#)

Rohrmann, B. (2008). Risk Perception, Attitude Risk, Risk Communication, Risk Management: A Conceptual Appraisal. Keynote at the congress of The International Emergency Management Society TIEMS-2008. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/228433314_Risk_perception_risk_attitude_risk_communication_risk_management_A_conceptual_appraisal

Runtu, T. M., Novieastari, E. & Handayani, H. (2019). How does organizational culture influence care coordination in hospitals? A systematic review. *Enfermería Clínica*, 29 (S2), pp. 785-802. DOI: [10.1016/j.enfcli.2019.04.119](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.119)

Salim, N. A. M., Roslan, N. S., Hod, R., Zakaria, S. F. & Adam, S. K. (2023). Exploring Critical Components of Physician-Patient Communication: A Qualitative Study of Lay and Professional Perspectives. *Healthcare*, 11, 162, pp. 2-18. Disponível em: [10.3390/healthcare11020162](https://doi.org/10.3390/healthcare11020162)

Sawant, R. Sansgiry, S. (2017). Communicating risk of medication side-effects: role of communication format on risk perception. *Pharmacy Practice*, Apr-Jun; 16 (2), pp.1-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2018.02.1174>

Schapira, M. M., Nattinger, A. B., McHorney, C. A. (2001). Frequency or Probability? A Qualitative Study of Risk Communication Formats Used in Health Care. *Med Decis Making*, 21 (6), pp. 459-467. Doi: [10.1177/0272989X0102100604](https://doi.org/10.1177/0272989X0102100604)

Schmalzle, R., Renner, B., Schupp, H. T. (2017). Health Risk Perception and risk Communication. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 4(2). DOI: [10.1177/2372732217720223](https://doi.org/10.1177/2372732217720223)

Shin, Y. (2022). The Impact of Organizational Culture on Employee Communication Satisfaction. *East Asian Journal of Business Economics*, 10(1), 23-34. Disponível em: [Microsoft Word - 3. EAJBE 10\(1\) à\\$ \(23-34\) \(koreascience.or.kr\)](https://www.koreascience.or.kr/article/JAE20220100234.html)

Șomărescu, S. M., Barbu, C. M. & Nistorescu, T. (2016). Investigating The Relationship Between Organizational Communication And Organizational Culture. Management & Marketing, vol. XIV, pp. 91-99. Disponível em: https://www.mnmk.ro/documents/2016_01/6-12-1-16.pdf

Ta'an, W. F., Allama, F. & Williams, B. (2024). The role of organizational culture and communication skills in predicting the quality of nursing care. Applied Nursing Research, volume 75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151769>

Tangsgaard, E. R. (2021). How Do Public Service Professionals Behave in Risky Situations? The Importance of Organizational Culture. American Review of Public Administration, 51 (7), pp. 492-508. Doi: [10.1177/02750740211010348](https://doi.org/10.1177/02750740211010348)

Topçu S, Ardahan M. (2023) Risk perception of cardiovascular disease among Turkish adults: a cross-sectional study. Primary Health Care Research & Development 24(e23): 1–6. Disponível em: [Risk perception of cardiovascular disease among Turkish adults: a cross-sectional study | Primary Health Care Research & Development | Cambridge Core](https://doi.org/10.1177/02750740211010348)

Uka, Altin (2014). The Communication and Its Influence on the Effectiveness of the Organization. Mediterranean Journal of Social Sciences, vol.5, n°2. Doi: [10.5901/mjss.2014.v5n2p165](https://doi.org/10.5901/mjss.2014.v5n2p165)

Ungari, D. F., Rodrigues, A. P. G. (2020). A influência da Cultura Organizacional no desenvolvimento dos vínculos do indivíduo com a organização. Revista Eletrônica Estratégia & Negócios, pp. 168-195. Doi: <https://doi.org/10.19177/reen.v13e22020168-196>

Warrick, D.D. (2017). What leaders need to know about organization culture. Business Horizons, volume 60, pp. 395-404. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2017.01.011>

Weaver, J. B., Sargent Weaver, S., Diclemente, R. J. (2008). Risk communication. International Encyclopedia of Public Health. DOI: [10.1016/B978-012373960-5.00582-7](https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00582-7)

WHO (2017) Communicating Risk in Public Health Emergencies - A WHO guideline for emergency risk communication policy and practice, p. 1. Disponível em: [9789241550208-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/communicating-risk-in-public-health-emergencies-a-who-guideline-for-emergency-risk-communication-policy-and-practice)

WHO (2021). Effective Risk Communication For Environment And Health: A strategic report on recent trends, theories and concepts. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349338/WHO-EURO-2021-4208-43967-61972-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

WHO (2015). Effective Communications – Participant Handbook. Pp. 32-33. Disponível em: [9789241509466-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/effective-communications-participant-handbook)

Zimuknd-Fisher, B. J. (2012). The Right Tool Is What They Need, Not What We Have: A taxonomy of Appropriate Levels of Precision in Patient Risk Communication. Med Care Res Rev, Feb; 70 (1 Suppl), pp. 37-49. DOI: [10.1177/1077558712458541](https://doi.org/10.1177/1077558712458541)

Vecchio-Sadus, A. M. (2007). Enhancing Safety Culture Through Effective Communication. Safety Science Monitor, Volume 11, pp. 1-9. Disponível em: [\(PDF\) Enhancing safety culture through effective communication \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/266111111-Enhancing_Safety_Culture_Through_Effective_Communication)

Zipkin, D. A., Umscheid, C. A., Keating, N. L., Allen, E., Aung, K., Beyth, R., Kaatz, S., Mann, D. M., Sussman, J. B., Korenstein, D., Schardt, C., Nagi, A., Sloane & R. Feldstein, D. A. (2014). Evidence-based risk communication: a systematic review. Ann Intern Med, 19;161(4), pp.270-280. DOI: [10.7326/M14-0295](https://doi.org/10.7326/M14-0295)

Zimuknd-Fisher, B. J. (2013). The right tool is what they need, not what we have: a taxonomy of appropriate levels of precision in patient risk communication. Medical Care Research and Review, 70. DOI: [10.1177/1077558712458541](https://doi.org/10.1177/1077558712458541)

ANEXOS

Anexo 1- Inquérito de avaliação– Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco

Questionário de avaliação: *Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco*

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro respondente,

O presente questionário foi elaborado no processo de desenvolvimento de uma dissertação com o tema: ***Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco***. Este estudo tem como Objetivo Geral: **Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a influência da Cultura Organizacional na Comunicação de Risco**.

O questionário é anónimo e sua participação é voluntária. Será assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos e todas as informações por si fornecidas serão usadas apenas para fins de investigação. Por favor, tenha em atenção os seguintes aspetos:

- O estudo foi concebido para Profissionais de Saúde.
- Este encontra-se dividido em sete partes, sendo que a secção 1 é a apresentação do estudo; a secção 2 aborda a avaliação da Cultura Organizacional, a secção 3 aborda a Comunicação Interdisciplinar, a secção 4 é dedicada à Comunicação com o Utente/Paciente. As secções 5 e 6 são dedicadas à recolha de informação associada aos conceitos de Risco, Comunicação de Risco e Percepção de Risco.

Por fim, a secção 7 é relativa aos dados sociodemográficos.

- **Tempo de resposta - 15 minutos**

- Por favor responda às questões conforme solicitação. No final clique em ENVIAR / SUBMETER.

Agradeço a sua participação e o tempo dedicado.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional sobre esta investigação deverá entrar em contacto para o

email: andreiafonso01@gmail.com

Sob orientação científica: Professor Doutor José Crispim (Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho).

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Email *

2. Declaro que sou colaborador da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, e que aceito participar no estudo. *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

CULTURA ORGANIZACIONAL

A escala OCAI (*Organizational Culture Assessment Instrument*, de Cameron e Quinn, 2006) tem seis questões, as quais poderão identificar alguns aspetos culturais da organização onde trabalha. Indique a resposta mais adequada para si, acerca do enquadramento da instituição onde exerce funções. Utilize a **escala de 7 pontos** a seguir apresentada, para responder a todas as questões, tendo em conta que:

1 - "muito raramente"

7 - "muito frequentemente".

1 - Características dominantes

3. A - A organização é muito familiar. As pessoas parecem partilhar muito de si próprias. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

4. B - A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a comprometer-se e a assumir riscos. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

5. C - A organização é muito orientada para os resultados. Uma das maiores *preocupações é concretizar o trabalho. As pessoas são competitivas e orientadas para os resultados.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

6. D - A organização é muito controlada e estruturada. As pessoas são orientadas * por normas formais e estabelecidas.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

2 - Liderança Organizacional

7. A - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de apoio, * aconselhamento e treino.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

8. B - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de empreendedorismo, * inovação e disposição para correr riscos.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

9. C - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de objetividade, combatividade e orientação para os resultados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

10. D - Na organização, a liderança é geralmente exemplo de coordenação e de gestão contínua da eficiência. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

3 - Gestão dos colaboradores

11. A - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por promover o trabalho de equipa, consenso e participação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

12. B - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por valorizar a autonomia, o risco e o espírito criativo. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

13. C - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por desenvolver a competitividade, promover os resultados e cumprimento dos objetivos. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

14. D - O estilo de gestão dos colaboradores é caracterizado por zelar pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

4 - Coesão organizacional

15. A - O que mantém a organização coesa é a lealdade e confiança mútua. O compromisso para com a organização é elevado. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

16. B - O que mantém a organização coesa é o compromisso para com a inovação e crescimento. O que importa é estar na vanguarda. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

17. C - O que mantém a organização coesa é o compromisso para com a consecução e superação dos objetivos. Ganhar, ser enérgico e combativo, são temas correntes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

18. D - O que mantém a organização coesa são as políticas e regras formais. A estabilidade e o equilíbrio são fundamentais. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

5 - Ênfase estratégico

19. A - Para a organização é importante o desenvolvimento das pessoas. Valorizam a confiança, a abertura e a participação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

20. B - Para a organização são importantes a aquisição de novos recursos e a
 *criação de novos desafios. Valorizam as novas experiências e a prospeção de novas oportunidades.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

21. C - Para a organização é importante a competitividade e os resultados. A
 *ênfase está na superação dos objetivos ambiciosos e na supremacia de mercado.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

22. D - Na organização é importante a permanência e a estabilidade. Privilegiam o
 *controle, eficiência e fluidez das operações.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

6 - Critério de sucesso

23. A - O sucesso da organização define-se com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho de equipa, no grau de envolvimento dos seus empregados e na preocupação para com as pessoas. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

24. B- O sucesso da organização define-se com base na singularidade e novidade dos seus produtos e serviços. É líder no produto e na inovação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

25. C - O sucesso da organização define-se com base na conquista e supremacia de mercado. Os pontos-chave são a liderança de mercado e vantagem competitiva. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

26. D - O sucesso da organização define-se com base na eficiência. Os aspetos cruciais são a satisfação dos compromissos, o planeamento e o controlo de custos. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Muito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito frequentemente

COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Nesta secção são utilizados 9 dos 34 itens que constituem a Escala de Comunicação Interpessoal de Saúde, que tem por objetivo a avaliação das dinâmicas comunicacionais entre os vários elementos que constituem as equipas multidisciplinares. Utilize a escala de **5 pontos**, a seguir apresentada, para responder a todas as questões, tendo em conta que:

1 - "Nunca"

2 - "Raramente"

3 - "Às vezes"

4 - "Muitas vezes"

5 - "Sempre"

27. 1 - Obtenho elementos que me permitem compreender o impacto das minhas ações e o modo como estão a ser recebidas e interpretadas pelos outros. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5
Nun	☐	☐	☐	☐	☐ Sempre

28. 2 - Revejo cuidadosamente e de forma detalhada toda a informação que transmito aos membros da equipa. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5
Nun	☐	☐	☐	☐	☐ Sempre

29. 3 - Faculto aos membros da equipa indicações de como estão ou não estão a ser bem-sucedidos na realização dos cuidados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

30. 4 - Informo a equipa acerca das minhas percepções, pensamentos e necessidades *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

31. 5 - Sou claro e conciso na partilha de mensagens junto da equipa de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

32. 6 - Proporciono informação relevante para orientação dos membros da equipa. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

33. 7 - Transmito aos outros elementos da equipa a informação relevante que os utentes me transmitem. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

34. 8 - Efetuo registos claros e adequados (escritos e eletrónicos) das reuniões. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

35. 9 - Referencio pessoas/instituições para ajudar a resolver problemas. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre

COMUNICAÇÃO COM O UTENTE/PACIENTE

Nesta secção são utilizados 12 dos 23 itens que constituem a *Minho Communication Assessment Scale (CAS)*, com o intuito de realizar avaliação das dinâmicas comunicacionais entre os profissionais de saúde e os utentes/pacientes. Utilize a escalade 5 pontos a seguir apresentada, para responder a todas as questões, tendo em conta que: _____

1 - "Discordo totalmente"

2 - "Discordo"

3 - "Neutro"

4 - "Concordo"

5 - "Concordo totalmente"

36. 1 - Respeito o tempo de resposta do utente/paciente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

37. 2 - Utilizo estratégias adequadas para esclarecer a informação fornecida pelo utente/paciente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

38. 3 - Exploro e faço uma gestão adequada das emoções do utente/paciente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

39. 4 - Crio uma relação empática com o utente/paciente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

40. 5 - Exploro as crenças do utente/paciente e respondo às suas preocupações. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

41. 6 - Mantenho contacto visual apropriado. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

42. 7 - Uso linguagem clara evitando termos técnicos. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

43. 8 - Demonstro respeito pelo utente/paciente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

44. 9 - Evito julgamentos ou juízos de valor.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

45. 10 - Uso tom, volume e velocidade de fala apropriados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

46. 11 - Utilizo estratégias apropriadas para verificar se o utente/paciente entendeu a informação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

47. 12 - Mantenho uma resposta emocional adequada. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo totalmente

RISCO, COMUNICAÇÃO DE RISCO E PERCEÇÃO DE RISCO

Por favor responda ao questionário, tendo em consideração os seguintes conceitos:

Risco - "Evento ou consequência de um evento" (Aven et al, 2011, p. 1074).

Exemplos práticos associados ao Risco:

Risco potencial - paciente com obesidade, fumador e com hipercolesterolemia tem possibilidade de vir a ter problemas cardiovasculares severos se não adquirir comportamentos que diminuam os fatores de risco;

Risco presente - paciente com obesidade, fumador e com hipercolesterolemia dá entrada em Unidade Hospitalar, e ao qual são diagnosticados problemas cardiovasculares severos com necessidade de intervenção imediata.

Comunicação de Risco - "Processo social através do qual as pessoas são informadas dos perigos, são influenciadas para mudanças comportamentais e podem participar na tomada de decisões sobre questões de risco de forma informada" (Rohrmann, 2008, p.1).

Perceção de Risco - "Julgamento ou avaliação subjetiva de risco realizado por uma pessoa" (DGS, 2020, p. 4).

Estratégias para comunicar o Risco:

- Transmitir informação de forma e clara, adaptada à individualidade de cada pessoa;
- No processo de transmissão do Risco, deve-se dar ênfase na confiança, credibilidade e empatia;
- Assegurar que a informação transmitida acerca do Risco foi assimilada.

Utilize a escala de 5 pontos, a seguir apresentada, para **responder a todas as questões**, tendo em conta que:

1 - "Discordo totalmente"

2 - "Discordo"

3 - "Neutro"

4 - "Concordo"

5 - "Concordo totalmente"

48. 1 - No desenrolar do desempenho de funções pode ocorrer o *Risco*. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

49. 2 - Tenho facilidade em perceber situações em que o *Risco* pode ocorrer. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

50. 3 - Tenho facilidade em perceber situações em que o *Risco* ocorreu. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

51. 4 - A *Percepção de Risco* é assimilada de forma semelhante para todos os indivíduos da equipa multidisciplinar. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

52. 5 - A *Percepção de Risco* é assimilada de forma semelhante para profissionais de saúde e para utentes/pacientes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

53. 6 - Utilizo estratégias adequadas para comunicar o *Risco* junto da equipa multidisciplinar.

*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

54. 7 - Utilizo estratégias adequadas e adaptadas ao utente/paciente para lhe comunicar o *Risco*.

*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

55. 8 - A Organização onde exerço funções tem planos estratégicos definidos e implementados associados à temática de *Risco*.

*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

56. 9 - Os planos estratégicos da Organização associados ao *Risco* são claros e fáceis de implementar.

*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

57. 10 - Existe um bom plano de Comunicação Interna associado ao *Risco* e ao processo de *Comunicação de Risco*. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

58. 11 - Estão, atualmente, presentes lacunas que limitam a *Comunicação de Risco* na Organização onde exerço funções. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Disc	☐	☐	☐	☐	☐	Concordo Totalmente

RISCO, COMUNICAÇÃO DE RISCO E PERCEÇÃO DE RISCO - II

Identifique uma ou várias opções, de acordo com a sua opinião.

59. 1 - Como consegue perceber a possibilidade de estar perante a presença de *Risco*? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Experiência profissional
- ☐ Reações comportamentais dos indivíduos
- ☐ Auxílio de recursos materiais
- ☐ Cultura dos serviços (experiências prévias)
- ☐ Protocolos instituídos pelos Serviços e/ou Protocolos instituídos pela Organização
- ☐ Outra: _____

60. 1.1 Se selecionou na questão anterior a opção "*Outros*", selecione quais:

61. 2 - Identifique as lacunas que possam existir na Organização onde exerce funções, associadas à possibilidade da presença de *Risco* e no processo de *Comunicação de Risco* *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Lacuna na transmissão do Risco nas várias equipas multidisciplinares
☐ Lacuna na identificação de um potencial Risco
☐ Lacuna na gestão organizacional face ao Risco
☐ Implementação de programas associados ao Risco de forma ineficiente
☐ Dificuldade no processo de partilha de informações associadas ao Risco
☐ Outra: _____

62. 2.1 Se seleccionou na questão anterior a opção "*Outros*", selecione quais:

63. 3 - Identifique os obstáculos com que se depara no seu exercício profissional quando transmite *Comunicação de Risco* ao utente/paciente. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Valores Culturais
☐ Crenças Religiosas
☐ Desconfiança do indivíduo/comunidade
☐ Nível de Literacia
☐ Nível de Literacia em Saúde
☐ Gravidade do Risco presente
☐ Relutância em assimilar a informação transmitida
☐ Negação em relação à presença do Risco
☐ Outra: _____

64. 3.1 Se seleccionou na questão anterior a opção "*Outros*", selecione quais:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

65. 1 - Sexo

Marcar apenas uma oval.☐ Masculino☐ Feminino Outro☐

66. 2 - Idade (em anos)

67. 3 - Classe profissional *

Marcar apenas uma oval.☐ Enfermeiro☐ Médico68. 4 - Exercício de funções na ULS de Matosinhos na área assistencial
direcionado para:

*

Marcar apenas uma oval.☐ Cuidados de Saúde Primários☐ Cuidados de Saúde Secundários (Meio Hospitalar)☐ Ambos

69. 5 - Experiência profissional

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - 5 anos
- ☐ 6 - 10 anos
- ☐ 11 - 15 anos
- ☐ 16 - 20 anos
- ☐ 21 - 25 anos
- ☐ 26 - 30 anos
- ☐ 31 - + anos

70. 6 - Habilitações literárias (responder a **uma ou várias opções**, de acordo com as formações académicas realizadas).

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Especialidade
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

71. 7 - Possui formação específica na área da Comunicação?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

72. 7.1 - Se respondeu afirmativamente à questão anterior, por favor indique a formação realizada.

Grata pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo 2 – Declaração Professor Orientador – Estudo com condições de ser submetido a provas de apresentação e defesa públicas.



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

DECLARAÇÃO

José Crispim, Professor Associado com Agregação do Departamento de Gestão da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, declara que o Projeto de Mestrado no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, apresentada pela aluna Andreia Afonso, sob o tema “Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco”, está em condições de ser submetido a provas de apresentação e defesa públicas.

Assinado por: **JOSÉ ANTÓNIO DE ALMEIDA**
CRISPIM
Num. de Identificação: 09598578
Data: 2024.07.29 08:01:30 +0100

Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da Organização em estudo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 044/CES/JAS Data: 24-05-2024
---	-------------------	---

Para: SERVIÇO DE INVESTIGAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE PÚBLICA HOSPITALAR
De: COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo intitulado "**Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco**"

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco**", cuja Investigadora é: Andreia Sofia Pereira Afonso e tem como Orientador o Professor Doutor José Crispim da Escola de economia e Gestão da Universidade do Minho.

Recebida a resposta à questão levantada, a Comissão de Ética para a Saúde da ULS Matosinhos deliberou por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos



Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, ULS Matosinhos E.P.E.)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 044/CES/JAS Data: 24-05-2024
---	-------------------	---

Para: SERVIÇO DE INVESTIGAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE PÚBLICA HOSPITALAR
De: COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo intitulado "**Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco**"

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

PARECER

Anexo 4 – Parecer da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação



COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO EMIÇÃO DE PARECER

Refª 023/CLPSI/2024

1 - ASSUNTO: Estudo - “Influência da Cultura Organizacional na Gestão da Comunicação de Risco”.

2 - RESPONSÁVEL PELO PEDIDO: Andreia Sofia Pereira Afonso.

3 - DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA: Profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que exerçam funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), na área assistencial, especificamente nos Cuidados de Saúde Primários e/ou Cuidados de Saúde Hospitalar). Serão seleccionadas duas amostras da população a estudar:

- I. Análise quantitativa: Amostra de cerca de 20 elementos (questionário aplicado segundo a metodologia Delphi);
- II. Análise qualitativa: Amostra de 6 a 8 elementos (Focus Group).

4 - PERÍODO DE REALIZAÇÃO: Após aprovação do estudo.

5 - GARANTIA DA PSEUDOANONIMIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS: Os participantes do estudo serão identificados por um número sequencial.

6 - PERÍODO APÓS O QUAL OS DADOS SÃO DESTRUÍDOS: Os dados serão destruídos no prazo máximo de um ano após término do estudo.

7 - EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

- Andreia Sofia Pereira Afonso, investigadora principal (IP), Enfermeira Serviço Nefrologia/Unidade de Transplante Renal, Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), a realizar Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde na Universidade Do Minho;
- José António Almeida Crispim, orientador, Professor Auxiliar do Departamento de Gestão da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, Braga.

8 - PARECER:

1. O estudo proposto, é um estudo exploratório e descritivo que tem como objetivo, identificar o tipo de cultura organizacional e recolher as perceções que os profissionais de saúde têm acerca da comunicação na Organização, bem como, a Comunicação de Risco processada a nível interno e externo. O estudo é realizado no âmbito da frequência do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde na Universidade do Minho, por parte da IP. Apesar da IP ser um elemento externo à ULSM, há necessidade de um elo de ligação com a mesma, para divulgar o questionário na ULSM e convidar os 6 a 8 participantes para realizarem a técnica focus group.
2. A licitude para a realização deste estudo está na aplicação do consentimento, informado, livre e explícito aos respetivos participantes, conforme a alínea a) do número 1 do artigo 6º do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), o qual consta no início do questionário. No entanto, os participantes selecionados/convidados para participar no focus group, também terão de dar o seu consentimento nesse âmbito. Como o estudo também se enquadra nas vertentes de melhoria da prestação de cuidados de saúde e investigação científica, aplicando-se, ainda, o disposto nas alíneas i) e j) do ponto 2 do artigo 9º do RGPD.
3. Os dados a recolher são do tipo não clínico (sócio-demográficos, comportamentais, outros) mediante a aplicação de um questionário elaborado segundo a Metodologia Delphi, o qual será divulgado internamente na ULSM, em formato digital e anónimo, para os profissionais da área clínica. Do preenchimento do questionário será criada uma base de dados, à qual a IP terá acesso, e que deverá estar protegida por palavra-passe forte, apenas do seu conhecimento, onde não constarão dados pessoais que permitam a identificação dos participantes. Numa segunda fase será realizada uma reunião com alguns dos participantes do estudo, que aceitem participar na mesma, para aplicação da técnica Focus Group, para a qual foi elaborado um guião de entrevista. No caso de as entrevistas serem gravadas, estas

devem ser transcritas no imediato, após o que deverão ser destruídas. Os dados recolhidos através desta técnica, também serão registados em base dados. Não serão utilizados dados que possam identificar os participantes do estudo, e, a responsável pela introdução dos dados na base de dados será a IP e somente esta terá acesso à mesma, através de acesso específico. A análise estatística dos dados recolhidos será realizada através da ferramenta excel e do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) fornecido pela Universidade do Minho.

4. Os dados serão armazenados e tratados no computador pessoal da IP (ASUS Vivobook) que deverá possuir software atualizado, em especial, antivírus (Kaspersky) e firewall, e, com acessos específicos para o utilizador.
5. A IP pretende efetuar a publicação do estudo após defesa da tese de dissertação, pelo que se recomenda que a instituição ULSM, não seja referida nos métodos do estudo, tendo em conta que na submissão dos artigos, a identificação dos autores e da instituição deve ser cega. Qualquer comunicação científica dos resultados deste estudo não permitirá a identificação dos participantes.
6. Os dados serão destruídos no prazo máximo de um ano após término do estudo, sendo os dados digitais serão eliminados digitalmente, e os dados em papel, no caso de existirem, deverão ser destruídos por máquina destruidora de papel.
7. Podemos resumir as fases do estudo e o cumprimento dos requisitos do RGPD da seguinte forma:

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

Fases do estudo	Metodologia	RGPD
Recolha de dados	Acesso aos dados de forma lícita.	Artigo 5º, nº 1, alínea f) e nº2 Artigo 6º, nº 1 alínea e)
Tratamento dos dados	-Codificação pelo investigador principal (pseudoanonimização) -Acesso limitado aos dados -Profissional sujeito a sigilo.	Artigos 5º, nº 1 alíneas e) e f); 89º nºs 1 e 2 Considerandos 78, 156
Conservação	-Dados inseridos pelo investigador principal em base de dados criada pelo próprio.	Artigos 5º, nº 1, alíneas e) e f) 89º, nºs 1 e 2 Considerandos 39, 65, 81
Eliminação dos dados	-No termo do prazo de conservação, de acordo com as melhores práticas.	Considerandos 39, 65, 81

8. Por tudo o que aqui foi exposto, é emitido parecer favorável à realização do presente estudo na ULSM, uma vez que se considera que a análise de risco é aceitável. No entanto, a EI deve cumprir o descrito no presente documento, em especial no que se refere a:
- Possuir um elo de ligação com a ULSM para proceder ao contacto com os respetivos profissionais a selecionar para o estudo;
 - Não recolher nenhum dado pessoal dos participantes;
 - Destruir as gravações das entrevistas, após a sua transcrição;
 - Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em papel, se existirem, que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido;
 - Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos eletrónicos de armazenamento (laptop, pen, disco externo) nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação, dada possibilidade de perda e/ou extravio destes dispositivos;
 - No caso de existir alteração, como por exemplo, extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos relativos ao presente parecer, o IP deverá solicitar a reapreciação do estudo de investigação junto do DPO/EPD.



COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

A emissão deste parecer teve por base o preconizado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 em vigor, bem como, na Lei nº 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A ULSM reserva-se o direito de realizar auditorias para verificar o cumprimento do referido ao longo deste documento.

Sra. Hora, 28 de março de 2023

Assinado por: **Ana Paula da Silva Teixeira**
Num. de Identificação: 08120988
Data: 2024.04.03 13:32:34+01'00'

P' Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação
(Ana Paula Teixeira – DPO ULSM, dpo@ulsm.min-saude.pt)

