

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Carlie da Fontoura Taschetto**

**CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM TERAPIA  
INTENSIVA**

Santa Maria, RS  
2020

**Carlie da Fontoura Taschetto**

**CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM TERAPIA  
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profa Dra Silviamar Camponogara  
Coorientadora: Profa Dra Etiane de Oliveira Freitas

Taschetto, Carlie da Fontoura  
CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM TERAPIA  
INTENSIVA. / Carlie da Fontoura Taschetto.- 2020.  
98 p.; 30 cm

Orientadora: Silviamar Camponogara  
Coorientadora: Etiane de Oliveira Freitas  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Acidentes de Trabalho 2. Cultura Organizacional 3.  
Enfermagem 4. Doenças Profissionais 5. Unidades de  
Terapia Intensiva I. Camponogara, Silviamar II.  
Freitas, Etiane de Oliveira III. Título.

**Carlie da Fontoura Taschetto**

**CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE  
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM TERAPIA  
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

**Aprovado em 03 de abril de 2020:**

---

**Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Etiane Oliveira Freitas, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)**  
(Membro Titular)

---

**Daiane Dal Pai, Dra. (UFRGS)**  
(Membro Titular)

---

**Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)**  
(Membro Suplente)

Santa Maria, RS  
2020

## AGRADECIMENTOS

À **Providência Divina**, pela vida e suas infinitas possibilidades. Gratidão infinita.

À minha orientadora, **Professora Silviamar Camponogara**, por confiar em mim e me proporcionar a realização deste trabalho. A sua sabedoria e amorosidade foram fontes de acolhimento e luz ao longo desta caminhada. Tens minha admiração, carinho e gratidão.

À minha coorientadora, **Professora Etiane de Oliveira Freitas**, pela confiança depositada em mim e por me auxiliar de forma incansável na realização deste trabalho. A sua dedicação, sabedoria e amizade me proporcionaram acolhimento e discernimento em todos os momentos. Tens meu reconhecimento, admiração, carinho e gratidão.

Aos meus pais, **Maria Elilaides e Carlos Antonio**, aos meus irmãos, **Carlos Darci e Mateus**, as minhas cunhadas, **Letícia e Deborah**, e ao meu sobrinho **João Vicente**, que, por amor, respeitaram as minhas escolhas e acolheram as minhas ausências ao longo desta trajetória. Meu amor e gratidão.

Aos **professores e colegas** do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSM, pelo acolhimento, dedicação, compartilhamento de saberes e pela construção de uma enfermagem pautada pela ética e pela ciência. Minha admiração e gratidão.

À minha colega e amiga **Daniela Hoffmann** pelo companheirismo e apoio em todos os momentos. Sua amizade sempre foi fortaleza e certeza de apoio incondicional. Meu amor e gratidão.

Às minhas queridas **Karen Petry e Lenize Nunes** pela disponibilidade e apoio incondicional. Meu carinho e gratidão.

Ao **grupo de pesquisa** pelo aprendizado, parceria e incentivo. Sem a ajuda de vocês isto não seria possível. Meu carinho e gratidão.

Aos **trabalhadores de enfermagem** das unidades de terapia intensiva pela receptividade e disponibilidade em viabilizar a realização deste estudo. Meu respeito, admiração e gratidão.

Às professoras da **Banca Examinadora**, pela disponibilidade em participarem da validação deste trabalho. Meu carinho e gratidão.

A todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte da minha trajetória ao longo desses dois anos. Meu carinho e gratidão.

*“Não é o crítico que importa; nem aquele que aponta onde foi que o homem tropeçou ou como o autor das façanhas poderia ter feito melhor. O crédito pertence ao homem que está por inteiro na arena da vida, cujo rosto está manchado de poeira, suor e sangue; que luta bravamente; que erra, que decepciona, porque não há esforço sem erros e decepções; mas que, na verdade, se empenha em seus feitos; que conhece o entusiasmo, as grandes paixões; que se entrega a uma causa digna; que, na melhor das hipóteses, conhece no final o triunfo da grande conquista e que, na pior, se fracassar, ao menos fracassa ousando grandemente”.*

*Theodore Roosevelt*

## RESUMO

### CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES EM TERAPIA INTENSIVA

AUTORA: Carlie da Fontoura Taschetto

ORIENTADORA: Profa Dra Silviamar Camponogara

COORIENTADORA: Profa Dra Etiane de Oliveira Freitas

A complexidade do ambiente de terapia intensiva contribui com a exposição, diária e prolongada, dos trabalhadores de enfermagem aos riscos ocupacionais e a acidentes/doenças do trabalho. O objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva. Trata-se um estudo transversal, correlacional, de abordagem quantitativa, vinculado ao projeto matricial intitulado “Clima de segurança e acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar”. Participaram do estudo os trabalhadores de enfermagem das unidades de terapia intensiva de um hospital universitário, localizado no interior do Rio Grande do Sul, Brasil, que atuavam nas unidades há pelo menos três meses, e excluídos os que se encontravam em licença de qualquer natureza. A coleta de dados aconteceu no período de abril e maio de 2019. Os dados foram coletados a partir de um protocolo de pesquisa constituído por Questionário de dados sociodemográficos, laborais e de acidentes/doenças do trabalho e pela Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar. A análise estatística, descritiva e inferencial dos dados foi realizada no software SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*) versão 15.0. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo). A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis que seguiram a distribuição normal foi utilizado o teste t de Student, o Anova com post hoc Tukey e o coeficiente de correlação de Pearson. Para os dados que não atenderam a distribuição normal foi utilizado o teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação Spearman. Para a realização da pesquisa foram considerados os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Compuseram esta pesquisa 131 trabalhadores de enfermagem, sendo 84,7% do sexo feminino, 80,2% com companheiro e 71,8% com filhos. A média de idade foi de 40,1 anos (dp±8,1). Desses, 39,7% eram enfermeiros (as), 57,3% técnicos (as) de enfermagem e 3,1% auxiliares de enfermagem. Quanto ao vínculo empregatício, 63,4% dos participantes eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, com carga horária semanal de 36 horas, e 49,6% cumpriam jornada de trabalho no período noturno. Ainda, 46,6% relataram a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho, sendo a maioria (59,0%) do tipo físico, e 49,2% necessitaram de afastamento laboral na instituição. Verificou-se que 57,3% dos acidentes/doenças do trabalho classificavam-se como doenças relacionadas ao trabalho. Em relação ao clima de segurança no trabalho, os trabalhadores de enfermagem evidenciaram melhor percepção de clima de segurança no domínio Equipamentos de Segurança e Organização do Ambiente (4,06 dp±0,55) e pior percepção de clima de segurança no domínio Programa e Normas de Segurança (3,02 dp±0,66). Além disso, houve associação inversamente proporcional entre a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho e a percepção de clima de segurança geral (p=0,004) e dos domínios: Programa e Normas de Segurança (p=0,007); Equipamentos de Segurança e Organização do Ambiente (p=0,004); e Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança (p=0,003). Conclui-se que uma melhor percepção do clima de segurança no trabalho relaciona-se com uma menor ocorrência de acidentes/doenças do trabalho. A partir disso recomenda-se

que estratégias relativas à saúde e segurança do trabalho sejam priorizadas pela gerência, assim como pelos próprios trabalhadores de enfermagem, para que em conjunto fortaleçam comportamentos e atitudes que minimizem os riscos e os acidentes/doenças do trabalho no ambiente de terapia intensiva.

**Palavras-chave:** Acidentes de trabalho. Cultura organizacional. Enfermagem. Doenças profissionais. Unidades de terapia intensiva.

## ABSTRACT

### CLIMATE OF SAFETY AND OCCUPATIONAL ACCIDENTS AMONG NURSING PROFESSIONALS WORKING IN INTENSIVE CARE

AUTHOR: Carlie da Fontoura Taschetto  
SUPERVISOR: Prof. Dr. Silviamar Camponogara  
CO-SUPERVISER: Prof. Dr. Etiane de Oliveira Freitas

The complexity of the intensive care environment contributes to the daily and prolonged exposure of nursing professionals to occupational risks and accidents/diseases. Therefore, the objective of this study was to analyze the relationship between the perception of a climate of safety at work and the occurrence of occupational accidents/diseases among nursing professionals working in intensive care units. This is a cross-sectional, correlational study with a quantitative approach and linked to the matrix project entitled "Climate of safety and accidents at work among nursing professionals working in a hospital environment." The study consisted of nursing professionals in the intensive care units of a university hospital, which is located in Rio Grande do Sul State, Brazil, who had worked in the units for at least three months. The participants who were on leave of any kind were excluded from the study. Data collection took place between April and May 2019. The data were acquired from a research protocol consisting of a questionnaire of socio-demographic, labor, and occupational accidents/diseases data and the Climate of Safety in Hospital Work Scale. The statistical, descriptive, and inferential analysis of the data was performed using SPSS (Statistical Package For Social Sciences) software version 15.0. Qualitative variables were described using absolute and relative frequencies. Quantitative variables were described using measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation, minimum, and maximum values). Data normality was verified using the Kolmogorov-Smirnov test. The Student's t test, analysis of variance (ANOVA) with post-hoc Tukey test, and Pearson's correlation coefficient were used for the variables that followed normal distribution. For the data that did not meet normal distribution, the Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's correlation coefficient were used. The ethical principles of Resolution No. 466/2012 of the National Health Council were considered in order to carry out the study. This study comprised 131 nursing professionals, 84.7% of whom were female, 80.2% had a partner, and 71.8% had children. The mean age was 40.1 years ( $sd \pm 8.1$ ), of which 39.7% were nurses, 57.3% were nursing technicians, and 3.1% were nursing assistants. As for employment, 63.4% of the participants had a weekly workload of 36 hours and were employed according to Brazilian labor regulations, and 49.6% worked the night shift. Moreover, 46.6% reported the occurrence of occupational accidents/diseases, being the majority (59.0%) of the physical type, and 49.2% required time off of work. The results also showed that that 57.3% of the occupational accidents/diseases were classified as work-related. Regarding the climate of safety at work, nursing professionals showed better perception of a climate of safety in the Safety Equipment and Environment Organization domain ( $4.06 \text{ } sd \pm 0.55$ ) and a worse perception of a climate of safety in the Program and Safety domain ( $3.02 \text{ } sd \pm 0.66$ ). In addition, there was an inversely proportional association between the occurrence of occupational accidents/diseases, the perception of a general climate of safety ( $p=0.004$ ), and the domains: Program and Safety Standards ( $p=0.007$ ), Safety Equipment and Environment Organization ( $p=0.004$ ), and Support for Work and Safety Practices ( $p=0.003$ ). It was possible to conclude that a better perception of the climate of safety at work is related to the lower occurrence of occupational accidents/diseases. Therefore, strategies related to health and safety at work are recommended to be prioritized by management as well as by the nursing professionals themselves in order to strengthen behaviors

and attitudes that minimize risks and occupational accidents/diseases in the work environment of intensive therapy.

**Keywords:** Occupational Accidents. Organizational Culture. Nursing. Occupational diseases. Intensive care units.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características institucionais de acordo com as unidades cenário do estudo. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 .....	35
Quadro 2 – Domínios da Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar (ClimaSeg-H). Santa Maria, RS, Brasil, 2019 .....	41

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Apresentação dos acidentes/doenças de trabalho na instituição entre os trabalhadores de enfermagem de UTI. Santa maria, RS, Brasil, 2019 (N=131) .....	47
Figura 2 – Distribuição dos agravos de notificação relacionados aos acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de UTI. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=89) .....	50
Figura 3 – Caracterização dos acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de UTI, conforme o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (2017). Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=89).....	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação do número total de trabalhadores de enfermagem por UTI. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=155) .....	37
Tabela 2 – Quantitativo total de trabalhadores de enfermagem por UTI, critérios de exclusão, população elegível, recusas, perdas e quantitativo final de participantes do estudo. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131).....	38
Tabela 3 – Caracterização dos trabalhadores de enfermagem de UTI quanto aos dados sociodemográficos e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131).....	44
Tabela 4 – Caracterização dos trabalhadores de enfermagem de UTI quanto aos acidentes/doenças do trabalho na instituição investigada. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131) .....	46
Tabela 5 – Medidas descritivas das variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos, laborais e de acidente/doenças do trabalho dos trabalhadores de enfermagem de UTI. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131) .....	48
Tabela 6 – Estatística descritiva e de confiabilidade da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131).....	53
Tabela 7 – Medidas descritivas das respostas dos itens da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131).....	54
Tabela 8 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e laborais e a percepção de clima de segurança no trabalho por meio da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131).....	54
Tabela 9 – Comparação entre a variável acidentes/doenças do trabalho na instituição e a percepção de clima de segurança no trabalho por meio da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131).....	56
Tabela 10 – Correlação entre as variáveis sociodemográficas, laborais e acidentes /doenças do trabalho na instituição e os domínios pertencentes a Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131) .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
ClimaSeg-H	Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
DivGP	Divisão de Gestão de Pessoas
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESOA	Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GETESSMA	Grupo de Estudos em Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente
HU	Hospital Universitário
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PCSMO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNS	Programa e Normas de Segurança
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RJU	Regime Jurídico Único
RS	Rio Grande do Sul
SIE	Sistema de Informações para Ensino
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SOST	Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SPSS	<i>Statistical Package For Social Sciences</i>
SPTS	Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSSP	Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
TDS	Treinamento e Educação em Segurança
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-A	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
UTI-C	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UTI-P	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTI-N	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
3.1 SEGURANÇA NO TRABALHO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	23
3.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA.....	29
<b>4 MÉTODO</b> .....	33
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	33
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	33
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	37
4.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO.....	38
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
<b>4.5.1 Questionário de dados sociodemográficos, laborais e de acidentes/doenças do trabalho</b> .....	39
<b>4.5.2 Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar</b> .....	40
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
<b>5 RESULTADOS</b> .....	44
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
<b>APÊNDICES</b> .....	86
<b>APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	87
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	89
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORAIS E DE ACIDENTES/DOENÇAS DO TRABALHO</b> .....	90
<b>ANEXOS</b> .....	92
<b>ANEXO A – ESCALA DE CLIMA DE SEGURANÇA NO TRABALHO HOSPITALAR (CLIMASEG-H)</b> .....	93
<b>ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	96

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador é um campo de conhecimentos com abordagem intersetorial e multidisciplinar. Tem como finalidade o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de prestação de cuidados aos trabalhadores. Para que essas intervenções sejam efetivas é necessário investigar e identificar os potenciais riscos, danos e agravos presentes no ambiente de trabalho (ROLOFF et al., 2016; GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

No entanto, ainda que haja avanços significativos no que concerne à produção de conhecimento nesta área, bem como melhorias sociais e tecnológicas no contexto laboral, o número de acidentes e adoecimentos decorrentes do trabalho ainda é considerado elevado (PRESTES et al., 2016). Atualmente, o Brasil encontra-se em quinto lugar no ranking internacional das nações que mais registram a ocorrência de acidentes de trabalho, atrás da Colômbia, França, Alemanha e Estados Unidos da América (BRASIL, 2019).

Sob esse ponto de vista, quando o trabalho é realizado na presença de condições inadequadas, o trabalhador torna-se exposto a riscos ocupacionais, que são caracterizados como a possibilidade de agravos à saúde e a segurança em decorrência da atividade laboral (SHOJI et al., 2016).

Diante disso, dados apresentados no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) do Ministério da Fazenda, no ano de 2017, contabilizaram o total de 549.405 registros de acidentes do trabalho. Dentre os acidentes com Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) registrada no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a maioria das ocorrências foi de acidentes típicos (75,5%), seguido pelos acidentes de trajeto (22,3%) e pelas doenças relacionadas ao trabalho (2,2%). Ainda, os acidentes sem CAT registrada representam 18,3% das ocorrências nacionais (BRASIL, 2017).

A legislação brasileira, por meio do art. 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, estabelece a definição de acidente de trabalho, que é descrito como o acidente decorrente do exercício laboral, a serviço da empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados e que causa lesão corporal ou perturbação funcional, culminando na morte, perda ou redução, de caráter permanente ou temporária, da aptidão para o trabalho (BRASIL, 1991; BRASIL, 2015). Também se considera como acidente do trabalho, o acidente

de trajeto<sup>1</sup> e as doenças relacionadas ao trabalho, as quais são compreendidas pela doença profissional, entendida como decorrente do exercício do trabalho; e pela doença do trabalho, adquirida ou desencadeada pelo ambiente ou pelas condições especiais em que o trabalho é realizado (BRASIL, 2017). Embora a literatura assim esclareça, o presente trabalho utilizará o termo “acidentes/doenças do trabalho” para referir-se aos acidentes típicos, de trajeto e as doenças relacionadas ao trabalho, a fim de evitar vieses de coleta de dados, considerando a tradição cultural entre os trabalhadores de compreender acidente de trabalho somente como os típicos.

No contexto hospitalar, a rotina de trabalho dos trabalhadores é permeada de riscos (COUTO et al., 2018). Dados nacionais, conforme Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), demonstram que as atividades de atendimento hospitalar contabilizaram 53.524 ocorrências de acidentes de trabalho no ano de 2017. Assim, considerando o código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), essa foi a categoria com o quantitativo mais expressivo de acidentes de trabalho (BRASIL a, 2017).

Os trabalhadores de enfermagem, por estarem inseridos nessa realidade, cotidianamente estão expostos a acidentes de trabalho e a riscos ocupacionais, decorrentes de agentes físicos, químicos, ergonômicos, biológicos e psicossociais (CARVALHO et al., 2019). Ademais, as formas de organização e divisão do trabalho, o cuidado direto e ininterrupto prestado aos pacientes, as longas jornadas de trabalho, bem como um ambiente com falta de trabalhadores, estrutura e equipamentos contribuem para uma maior vulnerabilidade desses trabalhadores (RODRIGUES et al., 2017).

Em convergência a isso, destaca-se o ambiente de trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI), o qual é considerado complexo e dinâmico, dada à concentração de pacientes críticos e a rotina de situações emergenciais voltadas à recuperação dos mesmos (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015). Dessa forma, caracteriza-se como um local tipicamente insalubre, estressante e emocionalmente comprometido para os trabalhadores de enfermagem inseridos nesse contexto, o que colabora para a sobrecarga de trabalho e maior exposição a riscos ocupacionais (SILVA et al., 2017; SOUZA et al., 2018; SCOZZAFAVE et al., 2019).

---

<sup>1</sup> A Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019, determina modificações no âmbito trabalhista. Dentre as alterações, fica estabelecido que o acidente de trajeto, o qual era reconhecido pelo acidente ocorrido entre a residência do trabalhador e o local de trabalho e vice-versa, não é mais considerado como acidente de trabalho (BRASIL, 2019). Nessa perspectiva, cabe esclarecer que o termo “acidente de trajeto” pertence aos achados desta investigação, pois, em tempo, fazia parte do contexto de abrangência dos acidentes de trabalho.

Nesse sentido, a convergência entre as múltiplas ações assistenciais e tecnológicas, o elevado contingente de trabalhadores e a complexidade dos inúmeros processos de trabalho em UTI, propiciam o aumento da carga de trabalho desses trabalhadores e a exposição ocupacional a diferentes riscos, os quais devem ser objeto constante de avaliação e controle pela gestão (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012). Estudos apontam que os trabalhadores de enfermagem são os mais expostos a riscos ocupacionais e, conseqüentemente, os que mais sofrem acidentes de trabalho (JANUÁRIO et al., 2017; ARANTES et al., 2017; SCARAMAL et al., 2017; SILVA et al., 2016; DONATELLI et al., 2015; CAMILO et al., 2015).

À vista dessa complexidade, investigações sobre comportamentos, práticas e atitudes de segurança no ambiente de trabalho, as quais caracterizam a percepção de clima de segurança, tem sido realizadas com trabalhadores de diferentes contextos laborais, e demonstrado ser uma ferramenta de medida importante para a elucidação de questões complexas e, muitas vezes, subjetivas (SILVA; BORGES; 2015; ANDRADE, SILVA, NETTO, 2015; ANDRADE et al., 2015; HUANG et al., 2017; ZOHAR et al., 2017; KATZ et al., 2019; SHWARTZ et al., 2019). Para Tondo e Guirardello (2017), o clima de segurança é caracterizado como a parte mensurável da cultura de segurança, que ocorre por meio das percepções e atitudes individuais dos trabalhadores de uma instituição.

Ainda, o clima de segurança no trabalho refere-se ao entendimento comum entre os trabalhadores sobre a segurança no local de trabalho, além de ser um dos indicadores da cultura de segurança (CHEN et al., 2017). Andrade, Silva e Netto (2015) consideram que organizações com clima de segurança positivo e que investem em estratégias que visam o aprimoramento das questões relativas à segurança possuem menores índices de acidentes de trabalho, quando comparadas àquelas que não investem ou reportam um clima de segurança negativo.

Nesta perspectiva, entende-se que a avaliação do clima de segurança no trabalho a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem pode contribuir para a identificação de fragilidades na organização do local de trabalho e, conseqüentemente, favorecer a efetivação de estratégias que visem a adoção de comportamentos e práticas seguras (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015; TONDO; GUIRARDELLO, 2017). Pesquisas sobre clima de segurança no trabalho são relevantes no sentido de que são capazes de identificar fragilidades na estrutura e no ambiente laboral em geral. Nesse sentido, compreender a percepção dos trabalhadores acerca da segurança e reconhecer os determinantes dos riscos que permeiam as atividades ocupacionais favorece a adequação de ações referentes à gestão da segurança no trabalho (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015). Assim, com base no exposto, esta pesquisa tem como objeto de estudo o clima de segurança e os acidentes/doenças do trabalho.

Ressalta-se que a proposta em questão está em consonância com a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, do ano de 2018, no que se refere ao tema do Eixo 1 (Ambiente, Trabalho e Saúde), por meio do item 1.1, que discorre sobre acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2018). E, em conformidade com a Agenda de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual considera o objetivo 8, que versa sobre o trabalho decente e crescimento econômico, por meio do item 8.8, que trata de proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários (ONU, 2015).

Também se justifica, pela lacuna no conhecimento demonstrada a partir de busca *on line* no Catálogo de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), realizada em junho de 2018, sobre a tendência das produções científicas brasileiras acerca do clima de segurança no trabalho. Para tanto, utilizou-se como estratégia de busca, no campo assunto, as palavras-chaves “clima de segurança” e “trabalho”, separadas pelo operador booleano “AND”, resultando em 47 estudos. Frente ao quantitativo elencado partiu-se para a leitura dos títulos e resumos de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos previamente, a seguir: teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação no Brasil sobre o tema em estudo, disponível gratuitamente na íntegra, em formato eletrônico. Foram excluídas as teses e dissertações que abordaram o clima de segurança do paciente. Não foi estabelecido recorte temporal para esta seleção. Este estudo identificou, que dentre as treze produções analisadas, onze dissertações e duas teses, somente dois estudos exploraram a percepção de clima de segurança sob a perspectiva organizacional do trabalho hospitalar. Contudo, utilizaram instrumentos de mensuração distintos do proposto por esta investigação. A análise das publicações permitiu identificar que o desenvolvimento de estudos sobre a percepção do clima de segurança no trabalho, sob a ótica da segurança dos trabalhadores de enfermagem, especificamente em UTI, ainda é incipiente. Dessa forma, constitui-se uma lacuna na produção do conhecimento da enfermagem brasileira, sobretudo, no que tange a identificação de fragilidades na segurança do trabalho em ambientes peculiares e multidimensionais, como é o ambiente de trabalho em UTI.

Cabe salientar, além do exposto, que no ano de 2016, a autora iniciou a aproximação com o Grupo de Pesquisa Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente (GETESSMA) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Com a construção deste vínculo, houve a possibilidade de compartilhar e ressignificar saberes oriundos da trajetória profissional como enfermeira assistencial, promovendo o fortalecimento do referencial a

respeito dos temas de pesquisa e a criação de uma proposta para ingresso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM). Assim, a partir da aprovação na seleção do PPGEnf/UFSM, no ano de 2018, surgiu a oportunidade desta autora aprofundar os estudos sobre a complexidade que permeia a segurança no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar.

Em vista disso, ressalta-se a importância da avaliação do clima de segurança no trabalho e a sua relação ou não com a ocorrência de acidentes de trabalho para, então, elaborar estratégias que fortaleçam os comportamentos e as práticas dos trabalhadores de enfermagem no seu local de trabalho. Para tanto, este estudo tem como **questão de pesquisa**: Existe relação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva? A **hipótese** deste estudo é que uma melhor percepção de clima de segurança no trabalho relaciona-se com menor ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico, laboral e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho dos trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva;
- Avaliar a percepção de clima de segurança no trabalho na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva;
- Verificar associações entre o clima de segurança no trabalho e o perfil sociodemográfico, laboral e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para discorrer sobre o tema e o objeto de estudo, esta revisão da literatura é composta pelos seguintes itens: Segurança do trabalho em unidade de terapia intensiva; e Cultura e clima de segurança.

#### 3.1 SEGURANÇA NO TRABALHO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O significado do trabalho apresentou modificações significativas ao longo do tempo e a transição para o século XXI ocasionou mudanças expressivas nesse cenário (BERTONCELO; JUNQUEIRA, 2018). As transformações na organização do trabalho e nos modelos produtivos, em decorrência do surgimento da globalização e da acumulação flexível do trabalho, repercutiram nas condições em que o exercício laboral é desenvolvido. A versatilidade dos trabalhadores, o ritmo acelerado, a introdução de novas tecnologias e a redução de salários são exemplos de condições postas no mundo do trabalho. Como consequência, os trabalhadores passaram a ser mais cobrados, aumentando sua carga física, psíquica e cognitiva (SHOJI et al., 2016).

Nessa perspectiva, o trabalho, que tem como finalidade primordial a geração de renda, prazer e satisfação, quando realizado em um ambiente com condições inadequadas pode transformar-se no motivo de sofrimento e adoecimento do trabalhador (SHOJI et al., 2016). Nesse contexto, observa-se que o número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, especialmente os distúrbios osteomusculares, articulares e psicológicos têm aumentado nas últimas décadas (SANTOS et al., 2017).

Por conseguinte, salienta-se a importância de leis que amparem a saúde e o bem-estar do trabalhador. A Constituição Federal Brasileira, no art. 200, trata sobre a fundamentação jurídica para proteção do ambiente de trabalho. Dentre as atribuições que competem ao Sistema Único de Saúde (SUS), consta o controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, além da contribuição na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Já o art. 7º, que aborda os Direitos e Garantias Fundamentais, estabelece que é direito de todos os trabalhadores a instituição de normas de saúde, higiene e segurança que visem a diminuição dos riscos inerentes ao trabalho (BRASIL, 1988).

Em consonância, a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde”, determina, por meio do art. 6º,

a saúde do trabalhador como campo de atuação. Assim, constitui-se uma gama de atividades destinadas, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

No tocante à busca pela prevenção e manutenção da saúde do trabalhador, no art. 4º, da Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que discorre sobre a Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, institui-se um objetivo. O mesmo trata da prevenção dos acidentes e danos resultantes do trabalho, reduzindo ao mínimo, na medida que for possível, as causas dos riscos próprios do ambiente laboral (OIT, 1981).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da OIT, estima-se que a cada ano mais de 2 milhões de pessoas morrem em consequência de acidentes de trabalho no mundo. Além disso, cerca de 268 milhões de acidentes não fatais resultam em afastamento de pelo menos três dias e 160 milhões de novos casos de doenças relacionados ao trabalho surgem anualmente (OMS, 2010).

Posto isso, considera-se que as condições de trabalho estejam diretamente associadas à saúde dos trabalhadores. As condições se referem, principalmente, à organização do ambiente e do processo laboral, às relações interpessoais e às circunstâncias sob as quais o trabalhador desempenha suas atividades (COSTA; BORGES; BARROS, 2015). Nesse conjunto de fatores estão incluídos aspectos como a jornada de trabalho, remuneração salarial, higiene, segurança, qualidade das instalações e equipamentos, ergonomia e disponibilidade de serviços de apoio ao trabalhador (SHOJI et al., 2016).

Dessa forma, um local de trabalho com condições inadequadas influencia na exposição aos riscos ocupacionais pelos trabalhadores. Assim, risco ocupacional é a possibilidade de que algum componente ou situação presente no local ou no processo de trabalho cause danos à saúde do trabalhador (LORO et al., 2016). De forma complementar, Portela, Cunha e Oliveira (2015) sustentam que é qualquer circunstância capaz de prejudicar o equilíbrio mental, físico e social dos indivíduos. Logo, os riscos ocupacionais presentes no ambiente laboral podem ser divididos em riscos ambientais, ergonômicos, psicossociais e de acidentes de trabalho.

Quanto à classificação dos riscos ambientais, a Norma Regulamentadora - NR9 (BRASIL, 1978), que estabelece a implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), considera como riscos ambientais os físicos, químicos e biológicos. Os agentes físicos incluem variadas formas de energia às quais os trabalhadores podem ser

expostos, como vibrações, ruídos, radiações, pressões anormais e temperaturas extremas. Quanto aos agentes químicos, são considerados riscos a poeira, fumo, gases ou vapores que possam ter contato e/ou serem absorvidos pelo organismo. Já os agentes biológicos são os vírus, bactérias, parasitas, fungos, protozoários, entre outros. Os riscos ambientais são inerentes ao local de trabalho e, dependendo de sua intensidade e tempo de exposição, podem acometer a saúde do trabalhador (OLIVEIRA; ANDRADE; BROCK, 2017).

Quanto aos riscos ergonômicos, a Norma Regulamentadora - NR17 (BRASIL, 1978) trata sobre questões referentes à ergonomia e estabelece parâmetros para avaliação do local de trabalho. Tem como objetivo proporcionar um ambiente seguro, confortável e com boas condições laborais, levando em consideração as características psicofisiológicas do trabalhador.

Para Andreas e Johanssons (2018), os riscos ergonômicos envolvem a interação entre o trabalhador, o uso de tecnologias e a organização do espaço de trabalho. Têm relação direta com questões como manuseio de materiais, uso de força muscular, movimentos repetitivos, trabalho estático e postura corporal. Para avaliar a presença desse tipo de risco no ambiente laboral, deve-se considerar a intensidade, frequência e duração da carga de trabalho, visto que como consequência da exposição, podem surgir as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que são algumas das principais causas de afastamento do trabalho (ANDREAS; JOHANSSONS, 2018).

Já no que se refere aos riscos psicossociais, segundo Santos et al. (2017) a supervisão rigorosa, a tensão, o estresse, problemas de interação na equipe e as longas jornadas de trabalho são algumas das cargas psíquicas que colaboram com o desgaste do trabalhador. Além de estar mais vulnerável para o desenvolvimento de depressão e ansiedade, o impacto da atividade laboral no estado de saúde mental do trabalhador pode fazer com que ele adquira comportamentos que lhe tragam alívio temporário, como uso de álcool e tabaco (OLIVEIRA; ANDRADE; BROCK, 2017).

Em relação aos acidentes de trabalho, o AEAT (BRASIL, 2017), da Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda, conceitua os principais termos relacionados ao trabalho, sendo:

- a) Acidentes com CAT registrada: refere-se aos acidentes que tiveram CAT registrada no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
- b) Acidentes sem CAT registrada: representa os acidentes que não tiveram CAT registrada no INSS. O acidente é identificado por meio do Nexo Técnico Profissional/Trabalho, Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho ou Nexo Individual;

- c) Acidentes típicos: aqueles ocorridos em consequência da peculiaridade da atividade ocupacional desenvolvida pelo trabalhador;
- d) Acidente de trajeto<sup>2</sup>: acidentes que ocorrem no trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho, bem como pelo local de trabalho até a residência do trabalhador;
- e) Doenças relacionada ao trabalho: inclui as doenças profissionais e as doenças do trabalho.

No Brasil, no ano de 2017, foram registrados 549,4 mil acidentes do trabalho no INSS. O maior número foi de acidentes típicos (75,5%), seguido pelos acidentes de trajeto (22,3%) e doenças do trabalho (2,2%), sendo a maior incidência entre trabalhadores do sexo masculino quando comparado ao sexo feminino. Em relação à faixa etária, o AEAT divulgou que os acidentes de trajeto ocorrem, principalmente, entre pessoas de 25 a 32 anos, enquanto nas doenças de trabalho a incidência maior foi entre 35 e 44 anos de idade (BRASIL, 2017).

Os acidentes de trabalho têm se tornado constantes no ambiente laboral de diversas atividades ocupacionais, especialmente entre trabalhadores na área da saúde (COUTO et al., 2018). Em 2017, as atividades de atendimento hospitalar somaram 53.524 ocorrências de acidentes de trabalho, configurando-se como a CAE com o número de acidentes mais significativo (BRASIL, 2017).

Dessa forma, ambiente hospitalar destaca-se o por ser o local que reúne pacientes com diferentes patologias e que demanda a realização de inúmeros procedimentos, expondo seus trabalhadores a diversos riscos ocupacionais. Nesse contexto, ressalta-se que os trabalhadores de enfermagem são o contingente mais expressivo de trabalhadores, constituindo-se na força de trabalho no âmbito hospitalar (CRUZ, 2016). Nesse sentido, a assistência direta e ininterrupta prestada ao paciente, a exaustiva rotina de trabalho e as peculiares do exercício profissional, tornam os trabalhadores de enfermagem suscetíveis a exposição ocupacional, principalmente a riscos biológicos e acidentes com materiais perfurocortante (CARRARA; MAGALHÃES; LIMA, 2015; CRUZ, 2016).

Assim, em virtude da solicitação das entidades representantes dos trabalhadores da saúde, em 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego inseriu na legislação brasileira a Norma Regulamentadora - NR32, que trata sobre Segurança e Saúde no Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde (JUNIOR et al., 2015). A NR32 recomenda o desenvolvimento de estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores em todas as instituições sanitárias. As principais ações dessa norma incluem a capacitação dos trabalhadores de forma

---

<sup>2</sup> Salienta-se que a partir da publicação da Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019, os acidentes de trajeto deixaram de ser considerados acidentes de trabalho (BRASIL, 2019).

contínua, a definição dos programas que abordam os riscos e a determinação de medidas de proteção, incluindo o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a exigência de imunização para o caso de ocorrência de acidentes com materiais contaminados (BRASIL, 2005).

A NR32 é de extrema importância na medida em que os acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes são os mais recorrentes e os de maior impacto no contexto assistencial, devido a exposição a sangue e outras secreções que podem causar infecções, como as Hepatites e AIDS. Isso ficou evidenciado em uma revisão de literatura realizada a respeito dos acidentes de trabalho entre os trabalhadores de enfermagem, onde a exposição percutânea a material biológico apareceu em 73% do conteúdo analisado (SILVA et al., 2016).

Em outra pesquisa, realizada em um hospital público de Mato Grosso do Sul, Brasil, o elevado quantitativo de acidentes de trabalho envolvendo risco biológico também teve destaque. A porcentagem de acidentes com materiais perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem foi de 46,3%, sendo que a maioria dos participantes (63,5%) relatou ter se acidentado mais de uma vez (CARVALHO et al., 2018).

Assim, tendo em conta os riscos e os acidentes de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores da área da saúde, principalmente da enfermagem, considera-se necessária a adoção de práticas que visem a segurança no ambiente laboral. No que tange ao gerenciamento de riscos ocupacionais, acredita-se que a detecção de situações que possam representar perigo aos trabalhadores possibilita o planejamento e a elaboração de estratégias para controle, prevenção e reabilitação da saúde dos mesmos. Por fim, com a melhoria da qualidade de vida no trabalho, se estará garantindo, também, uma assistência de enfermagem efetiva e adequada (LIMA et al., 2018; SILVA et al., 2016).

Em convergência ao exposto, destaca-se o ambiente de trabalho em UTI, a qual destina-se à internação de pacientes críticos, que apresentam prognóstico favorável à vida, e que necessitem de assistência profissional especializada de forma ininterrupta, materiais específicos e tecnologias avançadas para direcionar as múltiplas ações de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2010; SILVA et al., 2017). Entende-se por paciente crítico, aquele que apresenta instabilidade hemodinâmica, com risco de morte, necessitando de suporte para as disfunções orgânicas, e ainda os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitam de vigilância e monitorização contínua (CFM, 2016).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 593/2017, define paciente de cuidados intensivos como sendo o “cliente/paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada”. Da mesma forma, estabelece o mínimo de 18 horas de assistência de enfermagem para cada paciente intensivo nas 24 horas, das quais 52% devem ser executadas pelo enfermeiro e as demais por técnicos de enfermagem (COFEN, 2017).

No âmbito organizacional, deve-se cumprir os requisitos mínimos para o funcionamento de UTI, conforme prevê a Resolução RDC/ANVISA nº 26/2012. Nessa perspectiva, fica estabelecido que o enfermeiro assistencial se torna responsável pelo cuidado intensivo de 10 pacientes e o técnico de enfermagem pelo cuidado de dois pacientes, por turno de trabalho (BRASIL, 2012). Essa proporcionalidade sugere que cada paciente em cuidado intensivo, receba 14,4 horas de assistência de enfermagem nas 24 horas. Logo, torna-se perceptível que os parâmetros estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estão em desacordo com o regulamentado pelo COFEN, responsável por normatizar e fiscalizar o exercício profissional da enfermagem, contribuindo com a sobrecarga de trabalho e proporcionando interferências quantitativas e qualitativas no ambiente de trabalho (COFEN, 2016).

Quanto à classificação, as UTI são divididas por especialidade médica e de acordo com a faixa etária do paciente admitido, sendo: UTI Neonatal, destinada à admissão de pacientes com idade entre zero e 28 dias; UTI Pediátrica, destinada à admissão de pacientes com idade a partir de 29 dias a 14 anos; UTI Adulto, destinada à assistência de pacientes com idade a partir de 18 anos; e UTI Especializada destinada à assistência a pacientes selecionados de acordo com o tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras. Os pacientes entre 14 e 18 anos, podem ser admitidos tanto em UTI Pediátrica, como em UTI Adulto, conforme definido pelas normas da instituição hospitalar (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a UTI constitui-se um local de trabalho dinâmico e complexo para o exercício profissional da enfermagem. Os trabalhadores de enfermagem inseridos nesse contexto têm seu processo de trabalho diário pautado em intervenções de suporte à vida, dada à rotina de situações emergenciais e da concentração de pacientes críticos, destinadas às correções de disfunções orgânicas, como assistência ventilatória, terapia renal substitutiva, suporte circulatório mecânico, suporte hemodinâmico com vasopressores e/ou inotrópicos e manobras de reanimação cardiorrespiratória (SILVA et al.,2017).

Constituem-se condições peculiares em terapia intensiva as características do ambiente de prática em UTI, a jornada de trabalho por turno, a rotina rígida e intensa, a sobrecarga de trabalho, a exposição a raios X, os ruídos intermitentes dos equipamentos, os acidentes com materiais perfurocortantes, o contato com doenças infectocontagiosas, o trabalho multiprofissional, circulação excessiva de trabalhadores, os conflitos interpessoais, o estresse diário e as situações emergências provenientes do atendimento ao paciente crítico, constituem condições peculiares em terapia intensiva (SILVA et al.,2017). Em meio a este ambiente, considerado insalubre, os trabalhadores de enfermagem, tornam-se os mais suscetíveis a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (SILVA; LIMA; MARZIALE, 2012; ALBUQUERQUE et al., 2015).

Os riscos ocupacionais presentes no ambiente laboral dos trabalhadores de enfermagem relacionam-se com os fatores de risco, sendo: biológicos (microrganismos e matéria orgânica contaminada ou potencialmente contaminada); físicos (condições do ambiente de trabalho); químicos (exposições às substâncias, produtos ou compostos químicos); ergonômicos (repetitividade, levantamento de peso, transporte de pacientes, postura inadequada e ritmo excessivo de trabalho); psicossociais (conflitos interpessoais, estresse) (ALBUQUERQUE et al., 2015; SOUZA; CORTEZ; CARMO, 2017).

A complexidade do trabalho em terapia intensiva exige de seus trabalhadores qualificação profissional especializada, tomada de decisão imediata e eficiente, conhecimento técnico e científico, inteligência emocional, habilidades para atuar em equipe, entre outros (CORREIO et al., 2015). Em congruência, o meio social, econômico, tecnológico e organizacional, assim como os fatores de riscos ocupacionais interferem nas condições de vida e de trabalho, determinando a saúde e a segurança do trabalhador (MAURO et al.,2010).

### 3.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

Nas últimas décadas, a preocupação em minimizar o número de acidentes de trabalho tem sido estudada sob vários pontos de vista e em diversas áreas. O interesse em estudar o construto da cultura de segurança surgiu a partir da necessidade de entender os fatores que se relacionam com a adoção de comportamentos seguros no local de trabalho e de conhecer as condições que levam a mudanças no ambiente laboral (ZAVAREZE; CRUZ, 2010).

O termo “cultura de segurança” foi utilizado pela primeira vez no ano de 1986, após o desastre ocorrido em uma usina nuclear em Chernobyl. Naquela ocasião, o relatório técnico apontou como causa do acidente a falha na cultura de segurança da organização. Posteriormente,

o termo foi reconhecido e passou a ser empregado no gerenciamento da segurança do trabalho e em outros relatórios oficiais de desastres (CASAGRANDE, 2017; MARCHI; PEREIRA; BURTET, 2018).

O trabalho desenvolvido por Turner e Pidgeon, em 1997, foi fundamental para a análise de causas de acidentes em geral. Os autores desenvolveram a primeira análise a respeito dos fatores organizacionais de acidentes, com objetivo de compreender a ocorrência destes no local de trabalho. Assim, a realização do estudo sugeriu que os acidentes ocorrem em consequência de crenças e normas inadequadas nos processos organizacionais e tornou-se o primeiro referencial no que tange a relevância da cultura de segurança nas empresas (BUFFON; AGUIAR; GODARTH, 2018).

Desse modo, entende-se que o conceito de cultura, em geral, se refere ao fato de que os significados são aprendidos e compartilhados de acordo com o meio em que o indivíduo está inserido, fazendo com que diferentes grupos de pessoas tenham maneiras distintas de compreender e enfrentar os eventos da realidade. Considera-se que a cultura pode influenciar os modos de sentir, pensar e agir. Nesta perspectiva, o termo cultura de segurança tem sido compreendido como o desfecho de percepções, atitudes e comportamentos das pessoas nas organizações, ressaltando que o processo organizacional pode moldar questões comportamentais (VASSEM et al., 2017).

Nessa perspectiva, a cultura de segurança pode ser definida como um conjunto de valores e crenças que se comunicam com as estruturas organizacionais e com os sistemas de controle, criando normas comportamentais. Destaca, ainda, quatro aspectos que considera primordiais no processo de cultura de segurança, os quais seriam: cultura de reporte, na qual os indivíduos percebem a importância de comunicar os acidentes ocorridos; cultura de aprendizagem contínua; cultura de justiça, onde se tem liberdade e confiança para relatar qualquer ocorrência anormal na rotina; e a flexibilidade, que diz respeito à capacidade da organização em proporcionar uma estrutura na qual todos têm mais autonomia (REASON, 2016; VASSEM et al., 2017).

Zavareze e Cruz (2010) corroboram com este conceito e destacam que, a cultura de segurança é um fenômeno complexo e duradouro, que reflete o conjunto de normas, crenças e valores fundamentais subjacente a cultura da sociedade e que guia a ação dos trabalhadores na empresa.

O termo clima de segurança, por sua vez, seria a percepção imediata que os trabalhadores têm sobre a segurança no local de trabalho. Nesse sentido, foi descrito inicialmente por Zohar (1980) como uma síntese das principais percepções que os funcionários compartilham sobre as

questões relacionadas com a segurança em seu ambiente de trabalho, sendo considerado como a parte mensurável da cultura de segurança. (ZOHAR, 1980; ZAVAREZE; CRUZ, 2010).

O construto de clima de segurança é importante no que concerne à possibilidade de avaliar a segurança e o comportamento dos trabalhadores, bem como os resultados da segurança de um determinado ambiente laboral (ZAVAREZE; CRUZ, 2010). Assim, organizações com o clima de segurança positivo são aquelas em que há investimento em ações que buscam a melhoria da segurança no trabalho, caracterizando-se por uma boa comunicação entre todos os trabalhadores e pela confiança mútua que fortalece a efetividade das intervenções desenvolvidas. Por outro lado, o clima negativo associa-se com atitudes inadequadas, causando falhas na segurança e expondo o trabalhador a intensificação dos riscos ocupacionais e acidentes (ANDRADE et al., 2015).

Nesse contexto, a mensuração do clima de segurança é uma estratégia importante, pois pode identificar locais em que a segurança precisa ser melhorada, indicar opções de intervenções na segurança e prover dados e informações que podem ser comparados em diferentes setores ou organizações (ZOHAR, 2000; ZAVAREZE; CRUZ, 2010). Ainda, essa medição configura-se como um construto importante para atividades ocupacionais onde há exposição a variados tipos de risco, como na construção civil e em ambientes hospitalares, por exemplo (ANDRADE et al., 2015).

No contexto internacional, instrumentos que buscam mensurar o clima de segurança têm sido utilizados em diversos cenários. Diaz e Cabrera (1997) realizaram um estudo com 166 trabalhadores, de diferentes postos de trabalho, em três aeroportos da Espanha, a fim de comparar o clima de segurança de cada empresa e a sua relação com as atitudes individuais e a taxa de acidentes. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos, um baseado nos estudos prévios de Zohar (1980) e outro referente às atitudes individuais dos trabalhadores frente à segurança. As seis dimensões analisadas foram as seguintes: política da companhia quanto a segurança, ênfase na produtividade *versus* segurança, atitudes grupais sobre segurança, estratégias específicas de prevenção, nível de segurança percebido no aeroporto e nível de segurança percebido no trabalho. Como resultado, constatou-se que as áreas mais vulneráveis das empresas são as políticas de segurança, o que inclui o investimento de recursos e de treinamento voltados para o fortalecimento da segurança, bem como o comprometimento da gerência com esta causa.

Na área hospitalar, destaca-se o questionário desenvolvido por Gershon et al. (2000). A versão final do instrumento é composta por 46 itens subdivididos em nove dimensões associadas à percepção do clima de segurança em contexto hospitalar e que são mensurados por escalas

intervalares de cinco pontos que variam de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”. O mesmo foi elaborado com base em pesquisas sobre adesão às normas de segurança por trabalhadores da área da saúde em centros hospitalares e, posteriormente, foi adaptado e aplicado em outros países, como China e Japão (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015).

No Brasil, Andrade, Silva e Netto (2015) realizaram a adaptação e validação da Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar (ClimaSeg-H). A versão final do instrumento difere da versão americana e conta com 32 itens distribuídos entre quatro dimensões, as quais são: Programa e Normas de Segurança (PNS); Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente (ESOA); Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança (SPTS); e Treinamento e Educação em Segurança (TDS). A adequação do ClimaSeg-H para o cenário brasileiro possibilita o desenvolvimento de pesquisas na área de gestão, saúde e segurança dos trabalhadores em ambiente hospitalar, além de permitir o levantamento de dados para nortear a implementação de ações em prol da melhoria da segurança no contexto das organizações hospitalares.

Diante disso, considera-se especialmente importante estudar o clima de segurança nas instituições hospitalares, pois sabe-se que os trabalhadores da área da saúde, principalmente da enfermagem, estão expostos a diferentes riscos (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015). Dorigan e Guirardello (2018) realizaram um estudo com enfermeiros e evidenciaram que um ambiente de prática favorável tem grande influência na percepção positiva do clima de segurança, além de aumentar a satisfação no trabalho.

Assim, entende-se que a investigação acerca da percepção dos trabalhadores sobre as questões relativas à segurança no trabalho propicia o reconhecimento de riscos presentes no local de trabalho e no desenvolvimento de atividades ocupacionais, a fim de criar estratégias de gerenciamento de riscos, aprimorando a qualidade de vida e saúde no trabalho (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015).

## 4 MÉTODO

Este capítulo aborda os procedimentos metodológicos que foram utilizados, a fim de contemplar os objetivos da pesquisa.

### 4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, correlacional, com abordagem quantitativa.

No estudo transversal, os fatos são observados pelo pesquisador em um período de tempo estipulado, ou seja, os dados são coletados em um único e determinado momento. Assim, busca-se registrar, analisar e correlacionar os fatos entre as variáveis identificadas, sem que haja interferência nos achados (CRESWELL, 2010; RIBEIRO; RIBEIRO, 2015). Já o desenho correlacional investiga as associações entre as variáveis estudadas, sem menção de causa e efeito. (RIBEIRO; RIBEIRO, 2015).

Deste modo, o método quantitativo proporciona a definição dos resultados, por meio da análise das variáveis individualmente ou da sua associação com outras variáveis, com o objetivo de identificar características ou fatores explicativos dos fenômenos em estudo (SANTOS, 2009).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da presente investigação consistiu nas UTIs de um hospital universitário (HU), localizado no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um hospital público, de ensino, de nível terciário, que atende, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade a formação profissional, por meio do ensino e a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à comunidade no âmbito da saúde (HUSM, 2019).

O hospital, há mais de 30 anos, é referência no atendimento de urgência e emergência para 45 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, as quais representam uma população de 1,2 milhões de habitantes. Atualmente, conta com 403 leitos de internação, sendo 354 leitos em unidades de internação e 45 leitos em terapia intensiva. Além disso, possui 58 salas de ambulatório, 10 salas para atendimento de emergência, sete salas cirúrgicas e duas salas do Centro Obstétrico. Dessa forma, é caracterizado como um hospital geral, visto que atende pacientes adultos e pediátricos de diferentes especialidades, clínicas e cirúrgicas (HUSM, 2019).

Dispõe de 30 mil m<sup>2</sup> de área física construída, em uma estrutura vertical, na qual se encontram em andamento as obras de construção da Central de UTI, que agregará as unidades Neonatal, Pediátrica, Adulto e Coronariana, ampliando a oferta atual de 45 leitos para 82 leitos de assistência em terapia intensiva (HUSM, 2019).

A instituição possui diferentes áreas assistenciais, sendo: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica; possui o único Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) do interior do Estado; Unidade de Alta Complexidade para Nefrologia; Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia; Atendimento a gestação de alto com porta aberta para emergência obstétrica; e habilitação como Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral para a região centro-oeste do Estado (HUSM, 2019).

É certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial nº 285, de 24/03/2015. Academicamente, está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFSM) e demais unidades acadêmicas da UFSM, como campo do ensino, de pesquisa e de extensão, tornando-se o maior hospital de ensino do interior do Estado do Rio Grande do Sul (HUSM, 2019).

Desde dezembro de 2013, a gestão do hospital está sob responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual constitui-se em empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação, criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Dentre as atribuições da EBSERH, estão a administração de unidades hospitalares e a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Pela nova gestão, a instituição passou a contar com setores específicos relacionados à segurança da assistência em saúde, tanto para os pacientes como para os trabalhadores. O Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP) foi criado com a finalidade de promover o desenvolvimento e aprimoramento contínuo das atividades de vigilância epidemiológica, controle das infecções hospitalares, gestão de riscos relacionados às tecnologias em saúde e aos processos assistenciais. Já o Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) desenvolve atividades voltadas à prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e ações de proteção ao trabalhador (HUSM, 2019).

Além do SOST, o hospital possui uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), comissão independente, vinculada diretamente à Gerência Administrativa, formada por

representantes dos empregados (eleitos) e dos empregadores (indicados). A CIPA tem gestão anual e realiza reuniões ordinárias mensalmente, sendo que desenvolve atividades de apoio, voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e doença ocupacionais, bem como ações de proteção ao trabalhador, em parceria com o SOST. Atualmente a CIPA é composta por 22 membros, sendo 11 representantes do empregador e 11 dos empregados, entre titulares e suplentes (HUSM, 2019).

As UTIs do HU, as quais se constituíram em campo de pesquisa do presente estudo, são ambientes destinados à internação de pacientes graves ou de risco, que requerem de assistência médica, de enfermagem e de fisioterapia de forma ininterruptas, equipe multiprofissional especializada, materiais específicos e tecnologias indispensáveis para as ações diagnósticas e terapêuticas, em consonância com o estabelecido pela legislação vigente (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010; BRASIL, 2017; HUSM, 2019).

Estão classificadas como UTIs do Tipo II, conforme os critérios estipulados pela Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de dezembro de 1998 (BRASIL, 1998) e cumprem o estabelecido pela RDC/ANVISA nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências, assim como, as alterações estabelecidas por meio da RDC/ANVISA nº 26, de 11 de maio de 2012, a qual modificou o quantitativo mínimo de trabalhadores de enfermagem por paciente intensivo, e a RDC/ANVISA nº 137, de 08 de fevereiro de 2017, a qual institui que o responsável técnico médico, os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia possuam título de especialista conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas por estes para este fim (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Em convergência ao exposto, no Quadro 1, estão descritas as características institucionais pertencentes às UTIs, cenário do referido estudo (HUSM, 2019).

Quadro 1 – Características institucionais de acordo com as unidades cenário do estudo.  
Santa Maria, RS, Brasil, 2019

(continua)

Unidade	Características institucionais			
	Tipo de leito		Número de leitos	Faixa etária (admissão)
UTI-N	Cuidado intensivo	São leitos destinados à internação de recém-nascido grave ou potencialmente grave.	10 leitos	Idade entre zero e 28 dias

Quadro 1 – Características institucionais de acordo com as unidades cenário do estudo.  
Santa Maria, RS, Brasil, 2019

(conclusão)

Unidade	Características institucionais			
	Tipo de leito	Número de leitos	Faixa etária (admissão)	
UTI-N	Cuidado intermediário convencional	São leitos destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade.	oito leitos	Idade entre zero e 28 dias
	Cuidado intermediário canguru	São leitos destinados ao acolhimento da mãe e o recém-nascido para prática do método Canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas por dia, até a alta hospitalar.	três leitos	
UTI-P	Cuidado intensivo	São leitos destinados à internação de pacientes pediátricos graves ou de risco.	oito leitos	Idade entre 29 dias e inferior a 15 anos
	Cuidado intermediário			
UTI-A	Cuidado intensivo	São leitos destinados à internação de pacientes adultos graves ou de risco.	10 leitos	Idade superior a 15 anos
	Cuidado intermediário			
UTI-C	Cuidado intensivo	São leitos destinados à internação de pacientes adultos acometidos por alterações cardiovasculares graves e/ou potencialmente graves, de origem clínica e/ou cirúrgica.	seis leitos	Idade superior a 15 anos

UTI-N – UTI Neonatal; UTI-P – UTI Pediátrica; UTI-A – UTI Adulto; UTI-C – UTI Coronariana.  
Fonte: Adaptado de HUSM (2018).

A relação dos trabalhadores de enfermagem atuantes no cenário de investigação do estudo foi obtida junto a Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP) da referida instituição, em fevereiro de 2019, a qual está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Apresentação do número total de trabalhadores de enfermagem por UTI. Santa Maria, RS, 2019

Unidade	Nº de trabalhadores por categoria profissional			Nº total de trabalhadores de enfermagem
	Auxiliar de enfermagem	Técnico (a) de enfermagem	Enfermeiro (a)	
UTI Neonatal	4	36	21	61
UTI Pediátrica	2	10	19	31
UTI Adulto	-	28	11	39
UTI Coronariana	-	16	8	24
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>90</b>	<b>59</b>	<b>155</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por todos trabalhadores de enfermagem em atividade laboral no cenário de investigação do estudo, sendo: auxiliares de enfermagem<sup>3</sup>, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Como **critérios de inclusão** foram considerados: trabalhadores de enfermagem em exercício laboral no momento da coleta de dados na instituição; e trabalhar em uma das unidades selecionadas para o estudo há, pelo menos, três meses. A definição do tempo de atuação baseou-se no pressuposto de que esse seria o período mínimo para que o trabalhador estivesse adaptado às especificidades da unidade de trabalho e, assim, pudesse contribuir de forma mais efetiva com o presente estudo. Foram **excluídos** do estudo: trabalhadores de enfermagem em licença médica e/ou afastamento por qualquer motivo no período de realização da coleta de dados.

Portanto, de acordo com a Tabela 2, dos 155 trabalhadores de enfermagem atuantes em UTI, 12 trabalhadores não se enquadraram nos critérios de inclusão, sendo a população elegível para este estudo constituída por 143 trabalhadores de enfermagem. Desses, 10 trabalhadores de

<sup>3</sup> Os auxiliares de enfermagem são membros da equipe de enfermagem, os quais executam atividades de nível médio, de natureza repetitiva, em grau auxiliar e sob supervisão do enfermeiro, conforme estabelecido pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências (COFEN, 1986; COFEN, 1987). Além do mais, o art. 14 da RDC/ANVISA nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, estabelece que a assistência de enfermagem ao paciente intensivo seja executada, respeitando as devidas habilitações profissionais, pelo enfermeiro e técnico de enfermagem (BRASIL, 2010). Cabe explicitar que os auxiliares de enfermagem alocados nas UTIs da instituição investigada realizam, somente, atividades de apoio administrativo, ou seja, não prestam assistência de enfermagem ao paciente intensivo, em conformidade com o regulamentado pelas legislações vigentes.

enfermagem não aceitaram participar da pesquisa e dois foram considerados como perdas, pois não devolveram o protocolo de pesquisa após três tentativas de busca. Assim, 131 trabalhadores de enfermagem entregaram os protocolos de pesquisa devidamente preenchidos, os quais correspondem ao quantitativo total de participantes do estudo, obtendo-se 91,6% de participação.

Tabela 2 – Quantitativo total de trabalhadores de enfermagem por UTI, critérios de exclusão, população elegível, recusas, perdas e quantitativo final de participantes do estudo. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

Unidade	Nº de trabalhadores	Critérios de exclusão	População elegível	Recusas	Perdas	Nº e % de instrumentos entregue	
UTI-N	61	04 <sup>1</sup>	57	06	02 <sup>3</sup>	49	86,0%
UTI-P	31	01 <sup>1</sup> 02 <sup>2</sup>	28	03	-	25	89,3%
UTI-A	39	02 <sup>1</sup>	37	-	-	37	100,0%
UTI-C	24	03 <sup>1</sup>	21	01	-	20	95,2%
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>12</b>	<b>143</b>	<b>10</b>	<b>02</b>	<b>131</b>	<b>91,6%</b>

<sup>1</sup>Afastamento do trabalho por licença de qualquer natureza; <sup>2</sup>Tempo de atuação no setor de trabalho inferior a três meses; <sup>3</sup>Protocolo de pesquisa não devolvido pelo trabalhador; UTI-N – UTI Neonatal; UTI-P – UTI Pediátrica; UTI-A – UTI Adulto; UTI-C – UTI Coronariana.  
Fonte: Resultado de pesquisa, 2019.

#### 4.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO

A coleta de dados aconteceu no período de abril e maio de 2019. Os dados foram coletados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO A), pela mestrandia responsável pelo projeto e pelos integrantes do grupo de pesquisa promotor da investigação.

A equipe de coleta foi composta por acadêmicos de enfermagem, os quais foram previamente capacitados para participar dessa etapa do estudo, visando homogeneizar, ao máximo, o processo de abordagem aos participantes, bem como, instrumentalizar cada membro para a coleta de dados. Além disso, foram realizados encontros presenciais semanais, ao longo da etapa de coleta, para discussão do andamento da coleta e organização referente aos diversos locais do estudo dentro da instituição.

Anterior ao início da coleta de dados, foi realizado contato com os enfermeiros chefes de cada UTI com o intuito de apresentar os objetivos propostos pela pesquisa e a forma de condução da etapa de coleta de dados dentro de cada unidade. Em convergência a isso, foi confeccionado uma planilha, por unidade específica, contendo informações pertinentes sobre os trabalhadores de enfermagem, como, nome, categoria profissional, data da abordagem inicial com a sinalização de aceite ou recusa, e data de retorno do instrumento de pesquisa. Cabe salientar, que a escala mensal dos trabalhadores de enfermagem, por UTI específica, foi utilizada em conjunto com a planilha de controle dos participantes, como ferramenta de apoio para otimizar o acesso aos turnos de trabalho desses trabalhadores.

Os trabalhadores de enfermagem que se enquadraram nos critérios de inclusão foram abordados pessoalmente, no seu turno e setor de trabalho, considerando a sua disponibilidade e sem prejuízo ao bom andamento de suas atividades laborais. A abordagem consistiu na apresentação do pesquisador e da temática proposta pela pesquisa e convite ao trabalhador para participar da investigação. Após o aceite do trabalhador realizava-se a entrega do envelope, o qual continha o resumo da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias, e o protocolo de pesquisa.

Nesse momento, o trabalhador era orientado quanto à forma de preenchimento do protocolo de pesquisa e já era combinado o dia mais apropriado para a sua devolução, o qual, geralmente, se dava no próximo plantão, normalmente três dias após a entrega do protocolo de pesquisa, ou conforme acordado entre os envolvidos.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se um protocolo de pesquisa composto por um questionário sociodemográfico, laboral e de acidentes/doenças do trabalho e a Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar.

##### **4.5.1 Questionário de dados sociodemográficos, laborais e de acidentes/doenças do trabalho**

A caracterização sociodemográfica, laboral e acidentes/doenças do trabalho dos participantes ocorreu por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), elaborado pelas pesquisadoras, fundamentado pela literatura, contendo as seguintes variáveis: data de nascimento; sexo; estado civil; filhos; número de filhos; categoria profissional; escolaridade;

vínculo empregatício; carga horária semanal na instituição; tempo de atuação na instituição; turno de trabalho; setor de trabalho; tempo de atuação no setor; adesão a vacinação ocupacional; outro emprego; carga horária semanal no outro emprego; acidente/doença do trabalho na instituição; tipo de acidente/doença do trabalho na instituição; acidente/doença do trabalho na instituição decorrente de evento pontual; notificação do acidente/doença do trabalho e/ou CAT; agravos relacionados aos acidentes/doenças do trabalho na instituição; afastamento do trabalho; tempo de afastamento do trabalho; internação hospitalar; uso de medicação; tipo de medicação; e incapacidade para o trabalho.

#### **4.5.2 Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar**

A percepção de clima de segurança foi avaliada por meio da Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar (ClimaSeg-H) (ANEXO B). Essa escala foi adaptada e validada para contexto brasileiro por Andrade, Silva e Netto (2015), tomando por base o modelo proposto por Gershon et al. (2000). Trata-se de uma escala tipo Likert de cinco pontos, cujas alternativas variam de 1 (um) a 5 (cinco) (discordo totalmente, discordo, não discordo/nem concordo, concordo, e concordo totalmente).

De acordo com Andrade et al. (2015), os valores mensurados referem uma análise crescente e positiva para a percepção de clima de segurança. Assim, escores baixos (na direção do valor 1) representam aspectos negativos do ambiente psicológicos e físico do trabalho; e escores elevados (na direção do valor 5), representam aspectos positivos do ambiente psicológico e físico do trabalho.

O instrumento possui 32 itens dispostos em uma estrutura de quatro domínios (Quadro 2), a seguir: 1) Programa e Normas de Segurança (PNS), com 11 itens; 2) Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente (ESOA), com seis itens; 3) Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança (SPTS), com oito itens; e 4) Treinamento e Educação em Segurança (TDS), com sete itens.

Quadro 2 – Domínios da escala de clima de segurança no trabalho hospitalar (ClimaSeg-H).  
Santa Maria, RS, Brasil, 2019

<b>Escala ClimaSeg-H</b>		
<b>Domínios</b>	<b>Definição</b>	<b>Itens</b>
<b>PNS</b>	Compreende aspectos ligados às normas e documentos da organização para cumprimento de segurança.	11 itens (7, 5, 9, 4, 8, 6, 10, 3, 11, 12 e 16)
<b>ESOA</b>	Relacionado à estrutura e à manutenção do ambiente de trabalho e aos aspectos associados à disposição de equipamento de proteção individual.	Seis itens (35, 36, 37, 34, 38 e 33)
<b>SPTS</b>	Avalia elementos do ambiente interpessoal de trabalho relacionados ao suporte para o Programa e Normas de Segurança, Obstáculos para segurança, Comunicação e <i>Feedback</i> sobre segurança.	Oito itens (23, 24, 25, 26, 21, 45 e 43)
<b>TDS</b>	Condutas organizacionais associadas às ações gerais de formação, aprimoramento e educação sobre temas relacionados à segurança no trabalho.	Sete itens (31, 39, 40, 27, 41, 29 e 42)

PNS – Programa e Normas de Segurança; ESOA – Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente; SPTS – Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança; TDS – Treinamento e Educação em Segurança.  
Fonte: Adaptado de Andrade, Silva e Netto (2015).

#### 4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados, mediante a dupla digitação independente em uma planilha eletrônica sob a forma de banco de dados, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel® 2016, pela mestrandia responsável e por uma bolsista de iniciação de pesquisa vinculada ao projeto. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no software SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*) versão 15.0.

Para a caracterização dos dados sociodemográficos, laborais e acidentes/doenças do trabalho referentes ao perfil dos participantes, foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Os dados obtidos pela Escala ClimaSeg-H, referentes a percepção de clima de segurança no trabalho, foram descritos por meio de média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo. Em seguida, foi determinada a média geral do instrumento, assim como, a média por

domínio específico e por cada item que compõe os domínios. Quanto a análise, os valores evidenciados pelas medidas de clima de segurança referenciam uma interpretação crescente para percepção positiva de clima de segurança, ou seja, escores baixos (na direção do valor 1) representam aspectos negativos do ambiente psicológico e físico do trabalho; e escores elevados (na direção do valor 5), representam aspectos positivos do ambiente psicológico e físico do trabalho (ANDRADE et al., 2015). No entanto, a referida escala não apresenta escore padronizado para a avaliação da percepção de clima de segurança no trabalho.

A confiabilidade da escala foi verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), cuja expressividade varia de 0 (zero) a 1 (um), sendo que os valores próximos de 1 indicam maior a consistência interna do instrumento (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis que seguiram a distribuição normal foi utilizado o teste t de Student, o Anova com post hoc Tukey e o coeficiente de correlação de Pearson. Para os dados que não atenderam a distribuição normal foi utilizado o teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação Spearman.

Para a classificação do grau de correlação, ou seja, da força entre as variáveis, utilizou-se os parâmetros, a seguir: fraco, quando  $0 < r \leq 0,4$ ; moderado, quando  $0,4 < r < 0,7$ ; e forte, quando  $0,7 \leq r < 1,0$  (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa faz parte de um projeto matricial intitulado “Clima de segurança e acidentes de trabalho entre trabalhadores de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar”, e está vinculada ao Grupo de Estudos em Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente (GETESSMA) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A qual cumpriu os princípios éticos conforme os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Desta maneira, após registro e tramitação do projeto de pesquisa no Sistema de Informações para Ensino (SIE) da Universidade Federal de Santa Maria, o mesmo foi encaminhado à autorização institucional da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM. Depois de aprovado (sob número 050570), foi registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (parecer número 3119834, em 23 de janeiro de

2019), sendo avaliado e aprovado sob o número CAAE 05332818.8.0000.5346 (ANEXO C). A etapa de coleta de dados da referida pesquisa foi iniciada somente após a autorização do CEP.

Para a realização da coleta de dados com os trabalhadores de enfermagem das unidades investigadas, o anonimato dos participantes foi garantido e disponibilizado o TCLE (APÊNDICE A), em duas vias junto ao protocolo de pesquisa. Os pesquisadores comprometem-se a manter a confidencialidade da identidade dos participantes conforme Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B).

Os trabalhadores de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, podendo interromper a sua participação neste estudo a qualquer momento. Foram esclarecidos quanto à finalidade de estarem participando da pesquisa e os possíveis benefícios, como melhorias no contexto de trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar principalmente para a organização e qualificação do cuidado de enfermagem.

Os participantes também foram esclarecidos sobre a ausência de custos em relação a participação no estudo, bem como de remuneração financeira pelo fornecimento dos dados. Os dados ficarão armazenados aos cuidados da Profa. Dra. Etiane de Oliveira Freitas, na UFSM – Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 – 97105-900 – Santa Maria – RS, durante o período de cinco anos.

## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 131 trabalhadores de enfermagem pertencentes às UTIs do HU. Dos participantes, 84,7% eram do sexo feminino, 80,2% com companheiro (a) e 71,8% com filhos. Quanto a categoria profissional, 39,7% eram enfermeiros (as), 57,3% técnicos (as) de enfermagem e 3,1% auxiliares de enfermagem, e 49,6% possuíam curso de pós-graduação.

Observa-se que, quanto ao vínculo empregatício, 63,4% dos trabalhadores de enfermagem eram regidos pela CLT, com carga horária semanal de 36 horas, e 49,6 % cumpriam jornada de trabalho no período noturno. Quanto ao setor de trabalho, 37,4% pertenciam a UTI Neonatal, 19,1% a UTI Pediátrica, 28,2% a UTI Adulto e 15,3% a UTI Coronariana. Ainda, 96,9% aderiam a vacinação ocupacional preconizada para os trabalhadores da área da saúde e 94,7% exerciam suas atividades laborais somente na instituição pesquisada.

A caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes está demonstrada na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Caracterização dos trabalhadores de enfermagem de UTI quanto aos dados sociodemográficos e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)  
(continua)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	111	84,7
Masculino	20	15,3
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro (a)	105	80,2
Sem companheiro (a)	26	19,8
<b>Filhos</b>		
Não	37	28,2
Sim	94	71,8
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro (a)	52	39,7
Técnico (a) de enfermagem	75	57,3
Auxiliar de enfermagem	4	3,1
<b>Escolaridade (maior titulação)</b>		
Ensino Médio	39	29,8
Graduação	27	20,6
Pós-Graduação ( <i>latu sensu/stricto sensu</i> )	65	49,6

Tabela 3 – Caracterização dos trabalhadores de enfermagem de UTI quanto aos dados sociodemográficos e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)  
(conclusão)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vínculo empregatício</b>		
RJU	48	36,6
CLT	83	63,4
<b>Carga horária semanal na instituição</b>		
30 horas	48	36,6
36 horas	83	63,4
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	50	38,2
Noturno	65	49,6
Misto (diurno e noturno)	16	12,2
<b>Sector de trabalho</b>		
UTI Neonatal	49	37,4
UTI Pediátrica	25	19,1
UTI Adulto	37	28,2
UTI Coronariana	20	15,3
<b>Adesão a vacinação ocupacional<sup>1</sup></b>		
Não	4	3,1
Sim	127	96,9
<b>Outro emprego</b>		
Não	124	94,7
Sim	7	5,3
<b>Carga horária no outro emprego (N=7)</b>		
Até 20 h/semanais	4	57,1
21 a 40 h/semanais	3	42,9

<sup>1</sup>Vacinas estabelecidas pela Norma Regulamentadora (NR) nº 32 e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCSMO); RJU – Regime Jurídico Único; CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.  
Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

No que concerne aos acidentes/doenças do trabalho na instituição (Tabela 4), verificou-se que 46,6% dos trabalhadores de enfermagem afirmaram a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho durante o tempo de atuação na instituição pesquisada. Dentre esses, 59,0% eram do

tipo físico, 47,5% decorrentes de um evento específico e 75,9% dos trabalhadores realizaram a notificação de acidente/doença do trabalho e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Ainda, 49,2% dos participantes necessitaram de afastamento laboral da instituição, 6,6% de internação hospitalar, 41,1% relataram a utilização de algum tipo de medicação em decorrência do acidente/doença do trabalho e 4,9% mencionaram alguma incapacidade laboral.

Tabela 4 – Caracterização dos trabalhadores de enfermagem de UTI quanto aos acidentes/doenças do trabalho na instituição investigada. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

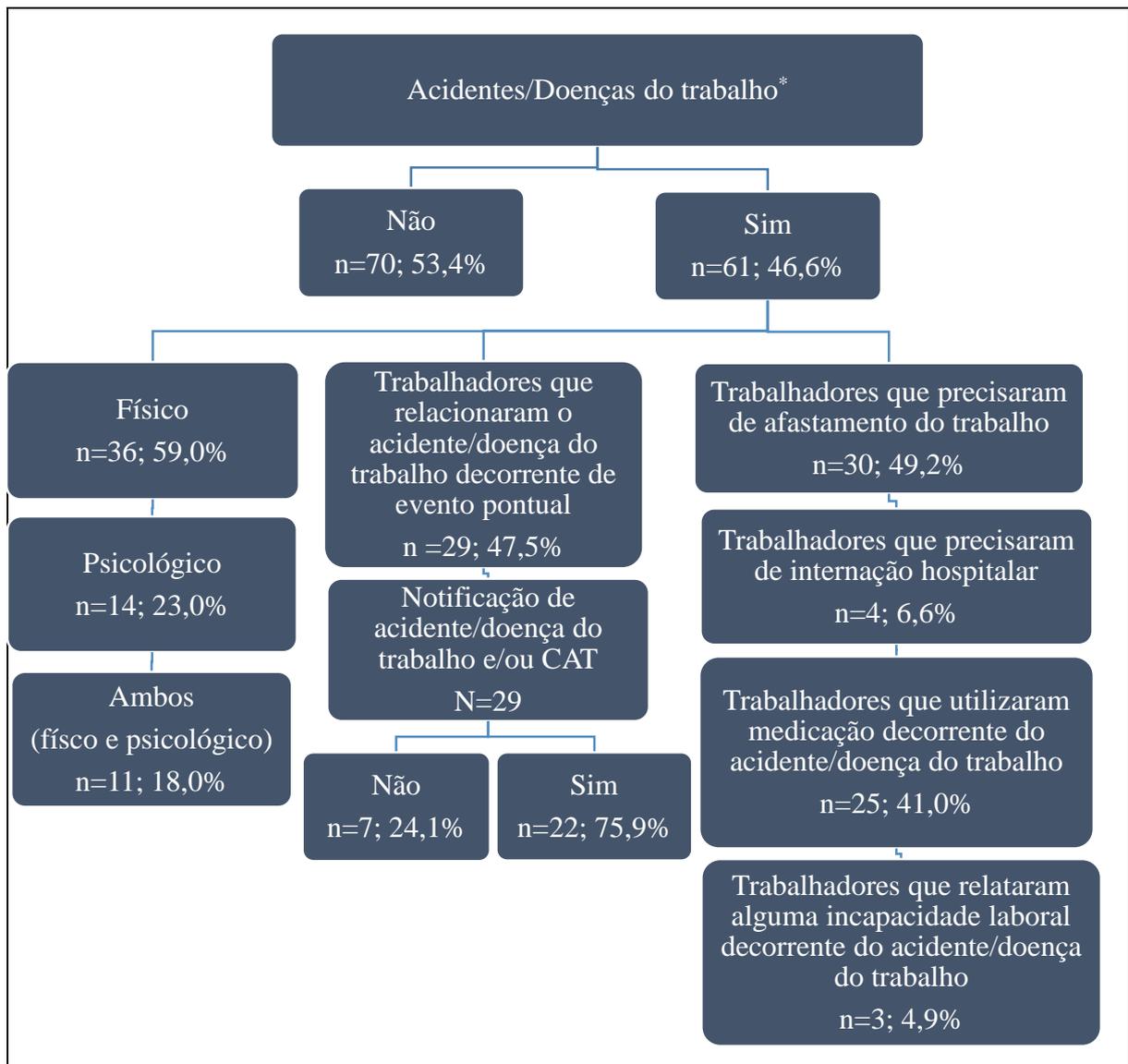
Variáveis	N	%
<b>Acidente/Doença do trabalho (N=131)</b>		
Não	70	53,4
Sim	61	46,6
<b>Tipo de acidente/doença do trabalho (N=61)</b>		
Físico	36	59,0
Psicológico	14	23,0
Ambos (físico e psicológico)	11	18,0
<b>Acidente/Doença do trabalho do trabalho decorrente de evento pontual (N=61)</b>		
Não	32	52,5
Sim	29	47,5
<b>Notificação do acidente/doença do trabalho e/ou CAT (N=29)</b>		
Não	7	24,1
Sim	22	75,9
<b>Afastamento do trabalho (N=61)</b>		
Não	31	50,8
Sim	30	49,2
<b>Internação hospitalar (N=61)</b>		
Não	57	93,4
Sim	4	6,6
<b>Uso de medicação (N=61)</b>		
Não	36	59,0
Sim	25	41,0
<b>Incapacidade para o trabalho (N=61)</b>		
Não	58	95,1
Sim	3	4,9

Nota: Os participantes deste estudo relataram os acidentes/doenças do trabalho ocorridos durante o tempo de atuação profissional na instituição; CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

A fim de facilitar a visualização dos acidentes/doenças do trabalho na instituição, a Figura 1, a seguir, complementa os achados apresentados anteriormente.

Figura 1 – Apresentação dos acidentes/doenças do trabalho na instituição entre os trabalhadores de enfermagem de UTI. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)



\*Nota: Os participantes deste estudo relataram os acidentes/doenças relacionados ao trabalho ocorridos durante o tempo de atuação profissional na instituição; CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Na Tabela 5, estão apresentadas as variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos, laborais e de acidentes/doenças do trabalho dos trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva.

Os trabalhadores de enfermagem possuíam média de idade de 40,1 (dp±8,1) anos e 1,7 (dp±0,74) filhos. Atuavam na instituição hospitalar, cenário da pesquisa, em média, há 7,9 (dp±6,3) anos e, em UTI, em média, há 7,0 (dp±6,1) anos. Em relação ao tempo de afastamento do trabalho, a mediana foi de 20,0 dias.

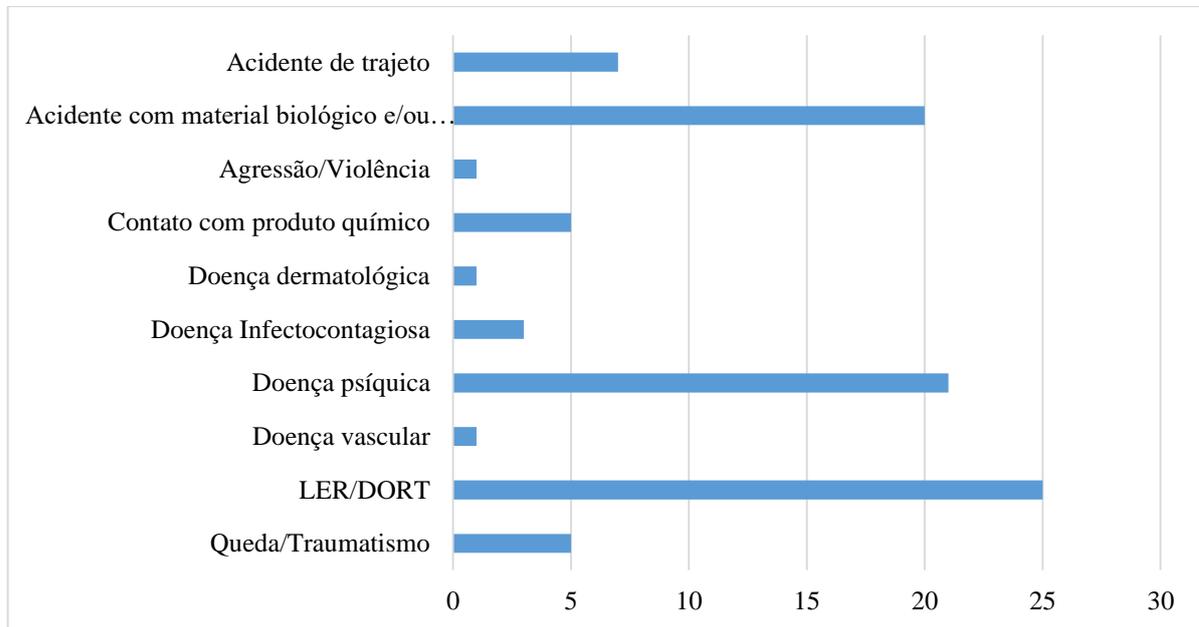
Tabela 5 – Medidas descritivas das variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos, laborais e de acidentes/doenças do trabalho dos trabalhadores de enfermagem de UTI. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>DP*</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade (anos)	40,1	8,1	39,0	24,0	61,0
Número de filhos	1,7	0,74	2,0	1,0	4,0
Tempo de atuação na instituição (anos)	7,9	6,4	4,6	0,4 <sup>1</sup>	25,0
Tempo de atuação no setor (anos)	7,0	6,1	4,5	0,3 <sup>2</sup>	25,0
Tempo de afastamento do trabalho (dias)	49,9	77,5	20,0	20	365

\*DP - Desvio Padrão; Tempo de atuação correspondente a <sup>1</sup>cinco meses e <sup>2</sup>quatro meses, respectivamente.  
Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

Em relação a distribuição dos agravos de notificação relacionados aos acidentes/doenças do trabalho, têm-se: acidente de trajeto (n=7), acidente com material biológico e/ou perfurocortante (n=20), agressão/violência (n=1), contato com produto químico (n=5), doença dermatológica (n=1), doença infectocontagiosa (n=3), doença psíquica (n=21), doença vascular (n=1), lesão por esforço repetitivo/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/DORT) (n=25) e queda/traumatismo (n=5). Ressalta-se que o quantitativo absoluto de agravos relacionados aos acidentes/doenças do trabalho é superior ao número de trabalhadores de enfermagem, devido o mesmo trabalhador ter apresentado mais de uma ocorrência de acidente/doença do trabalho durante o tempo de atuação na instituição investigada (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos agravos de notificação relacionados aos acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de UTI. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=89)

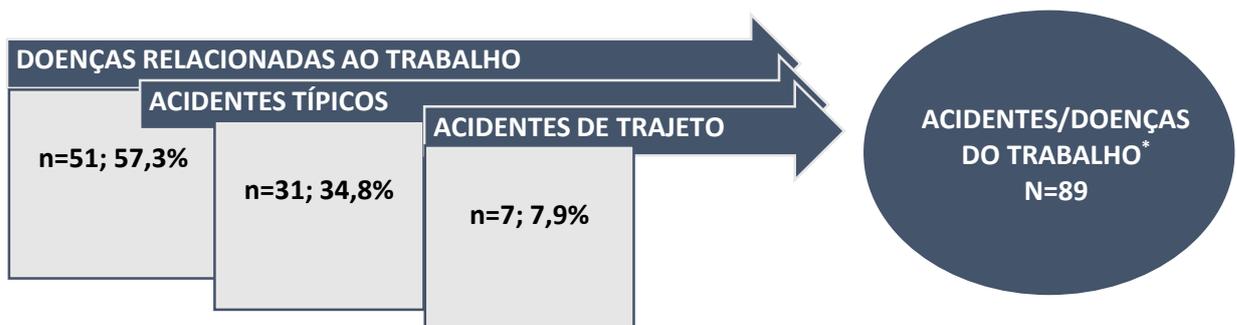


Nota: Corresponde ao número absoluto de agravos relacionados aos acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de UTI. Reitera-se que esse quantitativo é superior ao número de trabalhadores de enfermagem, devido o mesmo trabalhador ter apresentado mais de uma ocorrência de acidente/doença do trabalho durante o tempo de atuação na instituição investigada; LER/DORT – Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

Quanto a classificação dos acidentes/doenças do trabalho na instituição, de acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (BRASIL, 2017), os achados indicam o predomínio de doenças relacionadas ao trabalho (57,3%) entre os trabalhadores investigados, seguido de 34,8% de acidentes típicos e 7,9% de acidentes de trajeto (Figura 3).

Figura 3 – Classificação dos acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de UTI, conforme o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (2017). Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=89)



\*Nota: Corresponde ao número absoluto de agravos relacionados aos acidentes/doenças do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem de UTI. Reitera-se que esse quantitativo é superior ao número de trabalhadores de

enfermagem, devido o mesmo trabalhador ter apresentado mais de uma ocorrência de acidente/doença do trabalho durante o tempo de atuação na instituição investigada; LER/DORT – Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

No que se refere às medidas de percepção dos trabalhadores sobre o clima de segurança no ambiente de trabalho, obtidas por meio da Escala ClimaSeg-H, tem-se o valor da média geral de 3,42 ( $dp\pm 0,55$ ), o que corresponde a um escore mediano. Quanto aos domínios pertencentes ao instrumento, o domínio Equipamentos de Segurança e Organização do Ambiente foi o que apresentou a melhor média (média 4,06  $dp\pm 0,55$ ), conseqüentemente, a melhor percepção de clima de segurança no trabalho. Enquanto que o domínio Programas e Normas de Segurança foi o que obteve a menor média (média 3,02  $dp\pm 0,66$ ), ou seja, a pior percepção de clima de segurança no trabalho. O alfa de Cronbach do instrumento demonstrou consistência interna satisfatória (0,934) para medir o constructo clima de segurança no trabalho, apresentando a variação de 0,727 a 0,903 entre os domínios.

A estatística descritiva e de confiabilidade da escala utilizada está apresentada a seguir, na Tabela 6.

Tabela 6 – Estatística descritiva e de confiabilidade da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

Variável	Média	DP*	Mediana	Mínimo	Máximo	$\alpha$
ClimaSeg-H Geral	3,42	0,55	3,41	2,09	4,94	0,934
Programa e Normas de Segurança	3,02	0,66	3,00	1,25	4,58	0,903
Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente	4,06	0,55	4,00	2,83	5,00	0,727
Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança	3,27	0,68	3,38	1,38	5,00	0,862
Treinamento e Educação em Segurança	3,29	0,67	3,43	1,57	4,86	0,816

\*DP: Desvio Padrão;  $\alpha$ : alfa de Cronbach

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

Os achados da Tabela 7 demonstram que, no domínio Programas e Normas de Segurança, o item “Exposição a sangue/fluidos corporais de pacientes com HIV/AIDS são

sempre investigadas” foi o que apresentou melhor avaliação pelos participantes deste estudo (média 3,8 dp±0,9), ao contrário do item “Segurança é regularmente discutida em reuniões de departamento” que apresentou a pior avaliação (média 2,8 dp±1,0). No domínio Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente, o item melhor avaliado foi “Luvas descartáveis estão, prontamente, disponíveis no meu ambiente de trabalho” (média 4,7 dp±0,4), enquanto que o item “Meu ambiente de trabalho não é entulhado (há apenas os objetos essenciais)” (média 3,1 dp±1,1) foi o pior avaliado. Já para o domínio Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança, o item “Tenho o apoio adequado para concluir minhas atividades com segurança” foi o melhor avaliado (média 3,7 dp±0,8) e o item “Não existem conflitos no meu setor” o que apresentou a pior avaliação (média 2,3 dp±1,0). Por fim, no domínio Treinamento e Educação em Segurança, “Funcionários são ensinados a serem conscientes e a reconhecerem os potenciais riscos à saúde no trabalho” foi o item melhor avaliado (média 3,6 dp±0,8) e “Meu supervisor frequentemente discute práticas de trabalho seguro comigo” (média 2,8 dp±0,9) foi o item pior avaliado pelos trabalhadores de enfermagem de terapia intensiva.

Tabela 7 – Medidas descritivas das respostas dos itens pertencentes a Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(continua)

Variável	Média	DP*	Mínimo	Máximo
<b>Domínio PROGRAMAS E NORMAS DE SEGURANÇA</b>				
Investigações acerca de acidentes relatados são prioridades onde eu trabalho.	2,9	1,1	1,0	5,0
Na minha unidade, as políticas de segurança estão sempre disponíveis por escrito.	3,1	1,0	1,0	5,0
Na minha unidade, são tomadas todas as medidas necessárias para minimizar tarefas ou procedimentos perigosos.	3,3	1,0	1,0	5,0
Na minha unidade, está disponível uma cópia do manual de segurança do hospital.	3,1	1,1	1,0	5,0
<b>Exposição a sangue/fluidos corporais de pacientes com HIV/AIDS são sempre investigadas.</b>	<b>3,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>
Onde eu trabalho, os empregados são encorajados a dar sugestões para aprimorar a segurança.	3,2	1,0	1,0	5,0
Os funcionários são encorajados a se engajarem nas questões de saúde e segurança.	3,3	1,0	1,0	5,0
Inspecções de saúde e segurança são feitas, em meu ambiente de trabalho, pelo menos uma vez ao ano.	3,2	1,1	1,0	5,0

Tabela 7 – Medidas descritivas das respostas dos itens pertencentes a Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(continuação)

Variável	Média	DP*	Mínimo	Máximo
<b>Domínio PROGRAMAS E NORMAS DE SEGURANÇA</b>				
O gestor da minha unidade faz a sua parte para assegurar aos funcionários proteção contra exposição a HIV/AIDS.	3,7	0,9	1,0	5,0
<b>Segurança é regularmente discutida em reuniões de departamento.</b>	<b>2,8</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>
Para a alta gerência de onde eu trabalho, a proteção dos funcionários contra exposição ao HIV é prioridade.	3,1	1,0	1,0	5,0
<b>Domínio EQUIPAMENTO DE SEGURANÇA E ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE</b>				
<b>Luvas descartáveis estão, prontamente, disponíveis no meu ambiente de trabalho.</b>	<b>4,7</b>	<b>0,4</b>	<b>3,0</b>	<b>5,0</b>
Meu ambiente de trabalho é limpo.	4,1	0,8	2,0	5,0
Meu ambiente de trabalho não é desorganizado (é organizado).	3,8	0,9	1,0	5,0
Depósitos para materiais cortantes estão disponíveis na minha área de trabalho.	4,5	0,6	2,0	5,0
<b>Meu ambiente de trabalho não é entulhado (há apenas os objetos essenciais).</b>	<b>3,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>
Estou provido de todos os equipamentos necessários para me proteger de uma possível exposição ao HIV.	4,1	0,9	2,0	5,0
<b>Domínio SUPORTE PARA PRÁTICAS DE TRABALHO E SEGURANÇA</b>				
<b>Não existem conflitos no meu setor.</b>	<b>2,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>
Os membros da minha unidade sempre se apoiam uns aos outros.	2,7	1,0	1,0	5,0
Eu me sinto confortável para relatar violações ao meu supervisor.	3,4	1,1	1,0	5,0
Na minha unidade, há comunicação aberta entre o supervisor e sua equipe.	3,5	1,0	1,0	5,0
Na minha unidade, práticas de trabalho inseguras são corrigidas pelo supervisor.	3,5	0,8	1,0	5,0
Na minha unidade, funcionários, supervisores e gerentes trabalham juntos para garantir as melhores condições de segurança.	3,4	0,9	1,0	5,0

Tabela 7 – Medidas descritivas das respostas dos itens pertencentes a Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(conclusão)				
Variável	Média	DP*	Mínimo	Máximo
<b>Domínio SUPORTE PARA PRÁTICAS DE TRABALHO E SEGURANÇA</b>				
<b>Tenho o apoio adequado para concluir minhas atividades com segurança.</b>	<b>3,7</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>
Meus afazeres não me atrapalham no uso de todos os equipamentos de segurança.	3,6	0,9	1,0	5,0
<b>Domínio TREINAMENTO E EDUCAÇÃO EM SEGURANÇA</b>				
Funcionários são punidos ou repreendidos quando falham nos procedimentos de prevenção.	2,9	0,9	1,0	5,0
Meu hospital oferece treinamentos ou seminários sobre patógenos transmitidos pelo sangue.	3,4	1,0	1,0	5,0
Eu tive a oportunidade de ser devidamente treinado para usar os equipamentos de proteção pessoal para proteção à exposição ao HIV.	3,5	1,1	1,0	5,0
<b>Meu supervisor frequentemente discute práticas de trabalho seguro comigo.</b>	<b>2,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>
Na minha unidade, a gerência incentiva os funcionários a participarem de seminários sobre segurança.	3,4	1,0	1,0	5,0
Na minha unidade, minha submissão aos procedimentos e práticas de prevenção fazem parte da minha avaliação escrita.	3,4	1,0	1,0	5,0
<b>Funcionários são ensinados a serem conscientes e a reconhecerem os potenciais riscos à saúde no trabalho.</b>	<b>3,6</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>5,0</b>

\*DP: Desvio Padrão

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

Os dados da Tabela 8, a seguir, demonstram a comparação entre as variáveis sociodemográficas e laborais e a percepção de clima de segurança no trabalho.

Ao comparar a percepção de clima de segurança no trabalho com a variável setor de trabalho, verificou-se diferença estatística na percepção de clima de segurança nos domínios Equipamentos de Segurança e Organização do Ambiente (ESOA), Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança (SPTS) e Treinamento e Educação em Segurança (TDS). Os trabalhadores de enfermagem pertencentes a UTI Neonatal e UTI Pediátrica demonstraram uma melhor percepção de clima de segurança no trabalho ( $p < 0,001$ ), no que tange os aspectos relacionados ao domínio ESOA. Além disso, os trabalhadores da UTI Coronariana

apresentaram uma melhor percepção clima de segurança no trabalho no que concerne o domínio SPTS ( $p=0,011$ ) e domínio TDS ( $p=0,003$ ).

Tabela 8 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e laborais e a percepção de clima de segurança no trabalho por meio da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(continua)

Variáveis	n*	Escala ClimaSeg-H				
		Geral Média ( $\pm$ dp)	PNS Média ( $\pm$ dp)	ESOA Média ( $\pm$ dp)	SPTS Média ( $\pm$ dp)	TDS Média ( $\pm$ dp)
<b>Profissão</b>						
Aux. e/ou Téc. de enfermagem	79	3,43 ( $\pm$ 0,53)	3,02 ( $\pm$ 0,63)	4,01 ( $\pm$ 0,56)	3,30 ( $\pm$ 0,62)	3,35 ( $\pm$ 0,68)
Enfermeiro	52	3,41 ( $\pm$ 0,59)	3,02 ( $\pm$ 0,71)	4,16 ( $\pm$ 0,54)	3,23 ( $\pm$ 0,76)	3,21 ( $\pm$ 0,66)
p-valor		0,865 <sup>3</sup>	0,332 <sup>1</sup>	0,118 <sup>1</sup>	0,378 <sup>3</sup>	0,086 <sup>1</sup>
<b>Escolaridade</b>						
Ensino Médio	39	3,38 ( $\pm$ 0,58)	2,97 ( $\pm$ 0,69)	4,01 ( $\pm$ 0,53)	3,22 ( $\pm$ 0,71)	3,30 ( $\pm$ 0,67)
Graduação	27	3,52 ( $\pm$ 0,58)	3,14 ( $\pm$ 0,76)	4,10 ( $\pm$ 0,57)	3,44 ( $\pm$ 0,60)	3,34 ( $\pm$ 0,73)
Pós-Graduação	65	3,40 ( $\pm$ 0,53)	3,01 ( $\pm$ 0,60)	4,09 ( $\pm$ 0,57)	3,23 ( $\pm$ 0,68)	3,27 ( $\pm$ 0,66)
p-valor		0,431 <sup>2</sup>	0,410 <sup>2</sup>	0,741 <sup>2</sup>	0,344 <sup>4</sup>	0,899 <sup>4</sup>
<b>Vínculo empregatício</b>						
RJU	48	3,46 ( $\pm$ 0,54)	3,02 ( $\pm$ 0,61)	4,05 ( $\pm$ 0,60)	3,38 ( $\pm$ 0,60)	3,40 ( $\pm$ 0,65)
CLT	83	3,40 ( $\pm$ 0,57)	3,02 ( $\pm$ 0,69)	4,08 ( $\pm$ 0,53)	3,21 ( $\pm$ 0,71)	3,23 ( $\pm$ 0,68)
p-valor		0,513 <sup>3</sup>	0,996 <sup>1</sup>	0,738 <sup>3</sup>	0,285 <sup>1</sup>	0,147 <sup>1</sup>
<b>Carga horária semanal</b>						
30 horas	48	3,46 ( $\pm$ 0,54)	3,02 ( $\pm$ 0,61)	4,05 ( $\pm$ 0,60)	3,38 ( $\pm$ 0,60)	3,40 ( $\pm$ 0,65)
36 horas	83	3,40 ( $\pm$ 0,57)	3,02 ( $\pm$ 0,69)	4,08 ( $\pm$ 0,53)	3,21 ( $\pm$ 0,71)	3,23 ( $\pm$ 0,68)
p-valor		0,513 <sup>3</sup>	0,996 <sup>1</sup>	0,738 <sup>3</sup>	0,285 <sup>1</sup>	0,154 <sup>3</sup>
<b>Turno de trabalho</b>						
Diurno	50	3,44 ( $\pm$ 0,57)	3,01 ( $\pm$ 0,64)	4,15 ( $\pm$ 0,51)	3,34 ( $\pm$ 0,70)	3,24 ( $\pm$ 0,73)
Noturno	65	3,43 ( $\pm$ 0,57)	3,07 ( $\pm$ 0,70)	4,05 ( $\pm$ 0,58)	3,23 ( $\pm$ 0,68)	3,33 ( $\pm$ 0,65)
Misto	16	3,34 ( $\pm$ 0,44)	2,89 ( $\pm$ 0,59)	3,90 ( $\pm$ 0,54)	3,21 ( $\pm$ 0,59)	3,33 ( $\pm$ 0,58)
p-valor		0,813 <sup>4</sup>	0,617 <sup>4</sup>	0,249 <sup>2</sup>	0,777 <sup>2</sup>	0,534 <sup>2</sup>

Tabela 8 – Comparação entre as variáveis sociodemográficas e laborais e a percepção de clima de segurança no trabalho por meio da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(conclusão)						
Variáveis	n*	Escala ClimaSeg-H				
		Geral Média (±dp)	PNS Média (±dp)	ESOA Média (±dp)	SPTS Média (±dp)	TDS Média (±dp)
<b>Setor de trabalho</b>						
UTI Neonatal	49	3,38 (±0,58)	3,00 (±0,63)	<b>4,24 (±0,52)</b>	<b>3,16 (±0,79)</b>	<b>3,12 (±0,68)</b>
UTI Pediátrica	25	3,35 (±0,60)	2,89 (±0,75)	<b>4,20 (±0,55)</b>	3,24 (±0,65)	3,17 (±0,66)
UTI Adulto	37	3,99 (±0,52)	3,08 (±0,66)	<b>3,74 (±0,52)</b>	<b>3,20 (±0,59)</b>	3,43 (±0,57)
UTI Coronariana	20	3,66 (±0,46)	3,14 (±0,63)	4,10 (±0,44)	<b>3,73 (±0,31)</b>	<b>3,64 (±0,70)</b>
	p-valor	0,222 <sup>4</sup>	0,228 <sup>2</sup>	<b>**&lt;0,001<sup>4</sup></b>	<b>**0,011<sup>4</sup></b>	<b>**0,003<sup>2</sup></b>

\*\*p<0,05; <sup>1</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup>Teste t de Student; <sup>4</sup>Teste Anova com post hoc Tukey; \*Corresponde ao número de participantes que responderam ao item do questionário; ClimaSeg-H – Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar; PNS – Programa e Normas de Segurança; ESOA – Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente; SPTS – Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança; TDS – Treinamento e Educação em Segurança.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

Na Tabela 9, a seguir, está apresentada a comparação entre as variáveis relativas aos acidentes/doenças do trabalho na instituição e a percepção de clima de segurança no trabalho. Na avaliação geral da escala ClimaSeg-H, percebe-se diferença significativa entre as variáveis acidente/doença do trabalho (p=0,004) e tipo de acidente/doença do trabalho (p=0,014). Os trabalhadores de enfermagem que não relataram acidente/doença do trabalho tendem a uma melhor percepção de clima de segurança no trabalho (média 3,55 dp±0,50). E, dentre os que mencionaram a ocorrência de acidente/doença do trabalho, os do tipo físico demonstraram melhor percepção de clima de segurança no trabalho (média 3,39 dp±0,60) em relação aos participantes que informaram ocorrências do tipo psicológico e físico e psicológico.

No âmbito dos domínios da escala ClimaSeg-H, observa-se associação significativa entre a variável acidente/doença do trabalho e a percepção de clima de segurança no trabalho dos domínios, a seguir: domínio PNS (p=0,007); domínio ESOA (p=0,004); e domínio SPTS (p=0,036). Os participantes que relataram acidentes/doenças do trabalho demonstraram uma pior percepção de clima de segurança no trabalho nesses domínios. Em relação a variável tipo de acidente/doenças do trabalho, identificou-se diferença significativa com o domínio PNS (p=0,040) e o domínio SPTS (p=0,013), sendo que os trabalhadores que informaram a ocorrência de acidente/doença do trabalho do tipo físico demonstraram melhor percepção de

clima de segurança no trabalho (média 3,00 dp±0,73; média 3,30 dp±0,68) nos aspectos relacionados aos domínios anteriormente mencionados. Ainda, identificou-se diferença significativa entre a variável acidente/doença do trabalho decorrente de evento pontual e a percepção de clima de segurança relativa ao domínio ESOA (p=0,022) e entre a variável afastamento do trabalho e a percepção de clima de segurança relativa ao domínio TDS (p=0,011). Nesse sentido, os trabalhadores que relataram a ocorrência de acidente/doença do trabalho como um evento pontual durante na instituição e os que necessitaram de afastamento do trabalho tendem a uma pior percepção de clima de segurança no trabalho nesses domínios.

Tabela 9 – Comparação entre os acidentes/doenças do trabalho na instituição e a percepção de clima de segurança no trabalho por meio da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(continua)

Variáveis	n*	Escala ClimaSeg-H				
		Geral Média (±dp)	PNS Média (±dp)	ESOA Média (±dp)	SPTS Média (±dp)	TDS Média (±dp)
<b>Acidente/Doença do trabalho (N=131)</b>						
Não	70	<b>3,55 (±0,50)</b>	<b>3,17 (±0,58)</b>	<b>4,20 (±0,53)</b>	<b>3,38 (±0,64)</b>	3,33 (±0,65)
Sim	61	<b>3,27 (±0,57)</b>	<b>2,86 (±0,71)</b>	<b>3,92 (±0,54)</b>	<b>3,15 (±0,70)</b>	3,25 (±0,70)
p-valor		<b>**0,004<sup>3</sup></b>	<b>**0,007<sup>3</sup></b>	<b>**0,004<sup>1</sup></b>	<b>**0,036<sup>1</sup></b>	0,511 <sup>3</sup>
<b>Tipo de acidente/doença do trabalho (N=61)</b>						
Físico	36	<b>3,39 (±0,60)</b>	<b>3,00 (±0,73)</b>	3,90 (±0,54)	<b>3,30 (±0,68)</b>	3,42 (±0,74)
Psicológico	14	3,30 (±0,40)	2,88 (±0,59)	4,18 (±0,50)	3,21 (±0,62)	3,07 (±0,43)
Ambos	11	<b>2,83 (±0,48)</b>	<b>2,38 (±0,67)</b>	3,65 (±0,51)	<b>2,57 (±0,62)</b>	2,95 (±0,75)
p-valor		<b>**0,014<sup>4</sup></b>	<b>**0,040<sup>4</sup></b>	0,071 <sup>2</sup>	<b>**0,013<sup>2</sup></b>	0,083 <sup>2</sup>
<b>Acidente/Doença do trabalho decorrente de evento pontual (N=61)</b>						
Não	32	3,30 (±0,54)	2,88 (±0,69)	<b>4,07 (±0,53)</b>	3,15 (±0,68)	3,20 (±0,65)
Sim	29	3,25 (±0,61)	2,84 (±0,75)	<b>3,75 (±0,52)</b>	3,14 (±0,74)	3,32 (±0,77)
p-valor		0,733 <sup>3</sup>	0,823 <sup>3</sup>	<b>**0,022<sup>1</sup></b>	0,628 <sup>1</sup>	0,515 <sup>3</sup>
<b>Notificação do acidente/doença do trabalho e/ou CAT (N=29)</b>						
Não	7	3,25 (±0,54)	2,84 (±0,71)	3,98 (±0,53)	3,11 (±0,66)	3,17 (±0,62)
Sim	22	3,31 (±0,64)	2,89 (±0,75)	3,81 (±0,56)	3,21 (±0,79)	3,40 (±0,84)
p-valor		0,696 <sup>3</sup>	0,818 <sup>3</sup>	0,237 <sup>1</sup>	0,886 <sup>1</sup>	0,236 <sup>3</sup>

Tabela 9 – Comparação entre os acidentes/doenças do trabalho na instituição e a percepção de clima de segurança no trabalho por meio da Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

(conclusão)

Variáveis	n*	Escala ClimaSeg-H				
		Geral Média (±dp)	PNS Média (±dp)	ESOA Média (±dp)	SPTS Média (±dp)	TDS Média (±dp)
<b>Afastamento do trabalho (N=61)</b>						
Não	30	3,40 (±0,58)	2,98 (±0,74)	3,98 (±0,53)	3,27 (±0,77)	<b>3,47 (±0,67)</b>
Sim	31	3,13 (±0,54)	2,74 (±0,68)	3,86 (±0,56)	3,02 (±0,62)	<b>3,02 (±0,67)</b>
p-valor		0,064 <sup>3</sup>	0,193 <sup>3</sup>	0,403 <sup>3</sup>	0,176 <sup>3</sup>	<b>**0,011<sup>3</sup></b>
<b>Uso de medicação (N=61)</b>						
Não	36	3,34 (±0,61)	2,88 (±0,77)	3,92 (±0,53)	3,29 (±0,66)	3,36 (±0,74)
Sim	25	3,17 (±0,50)	2,82 (±0,64)	3,92 (±0,58)	2,94 (±0,73)	3,10 (±0,64)
p-valor		0,251 <sup>3</sup>	0,733 <sup>3</sup>	0,993 <sup>3</sup>	0,051 <sup>3</sup>	0,167 <sup>3</sup>

\*\*p<0,05; <sup>1</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup>Teste t de Student; <sup>4</sup>Teste Anova com post hoc Tukey; \*Corresponde ao número de participantes que responderam ao item do questionário; ClimaSeg-H: Escala de Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar; PNS: Programa e Normas de Segurança; ESOA: Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente; SPTS: Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança; TDS: Treinamento e Educação em Segurança.  
Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

Em relação aos achados apresentados na Tabela 10, verifica-se que existe correlação positiva moderada entre a variável idade e o tempo de atuação na instituição, bem como com a variável tempo de atuação no setor; e uma correlação baixa da variável idade e o domínio TDS da escala ClimaSeg-H. Dessa forma, à medida que aumenta a idade dos trabalhadores de enfermagem, aumenta o tempo de atuação na instituição investigada e no setor de trabalho, além de que melhora a percepção de clima de segurança no trabalho quanto aos aspectos relativos ao domínio TDS.

Quanto aos domínios da escala ClimaSeg-H, observa-se correlação significativa baixa entre o domínio PNS e o domínio ESOA, e correlação positiva moderada entre o domínio SPTS e o domínio TDS. O domínio ESOA demonstrou correlação significativa positiva moderada com o domínio SPTS e uma correlação positiva baixa com o domínio TDS. Além disso, verifica-se que existe uma correlação significativa positiva moderada entre o domínio SPTS e o domínio TDS. Assim, de uma forma geral, identifica-se que todos os domínios da escala demonstram correlação positiva entre si, ou seja, à medida que um dos domínios aumenta, todos aumentam, o que sinaliza coerência interna do instrumento.

Tabela 10 – Correlação entre as variáveis sociodemográficas, laborais e acidentes/doenças do trabalho na instituição e os domínios pertencentes a Escala ClimaSeg-H. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=131)

Variáveis	r							
	Idade	T. I	T. S	T. A	PNS	ESOA	SPTS	TDS
Idade	1,00							
T.I	0,566**	1,00						
T. S	0,516**	0,899**	1,00					
T.A	0,298	0,363	0,297	1,00				
PNS	0,072	-0,046	-0,088	0,099	1,00			
ESOA	-0,036	-0,130	-0,125	0,176	<b>0,400**</b>	1,00		
SPTS	0,166	0,064	0,019	0,047	<b>0,666**</b>	<b>0,465**</b>	1,00	
TDS	0,242*	0,108	0,051	0,027	<b>0,669**</b>	<b>0,238**</b>	<b>0,627**</b>	1,00

\*\* :  $p \leq 0,01$ ; \* :  $p \leq 0,05$ ; Correlação de Spearmann; Correlação de Pearson (negrito); T.I – Tempo na Instituição; T.S – Tempo no Setor; T.A – Tempo de Afastamento; PNS: Programa e Normas de Segurança; ESOA: Equipamento de Segurança e Organização do Ambiente; SPTS: Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança; TDS: Treinamento e Educação em Segurança.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2019.

## 6 DISCUSSÃO

Nesse estudo, os achados referentes aos dados sociodemográficos dos participantes indicam a prevalência de trabalhadores de enfermagem do sexo feminino (84,7%). Esse perfil é semelhante ao encontrado em outros estudos (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015; SANTOS et al., 2017; EVANGELISTA et al., 2018; WACHHOLZ et al., 2019).

A inserção profissional das mulheres no mercado de trabalho aconteceu no final do século XIX e estava associada aos papéis femininos tradicionais, entendidos na época como dom ou vocação, vinculados ao cuidar, ao servir e ao educar. No contexto histórico brasileiro, a enfermagem representa a primeira profissão feminina, de caráter universitário, garantindo e assegurando o funcionamento dos serviços de saúde, principalmente no âmbito da saúde coletiva (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Dessa forma, a hegemonia feminina consolidou-se como a força de trabalho da enfermagem, refletindo o seu contexto histórico sociocultural até a atualidade (MACHADO et al., 2016; MACHADO et al., 2020).

No entanto, o percentual de trabalhadores do sexo masculino (15,3%), mesmo que estatisticamente inferior, deve ser sinalizado. O aumento da participação masculina na enfermagem tem sido uma constante ao longo das últimas décadas, tornando-se uma tendência gradual e crescente nos serviços de saúde, conforme demonstram estudos nacionais (MACHADO et al., 2016; MACHADO et al., 2020) e internacionais (CARTE; WILLIAMS, 2017; CELIKKALP; DILEK, 2019).

Observa-se que os participantes apresentaram média de idade de 40,1 (dp±8,1) anos, afirmaram possuir companheiro (a) (80,2%) e filhos (71,8%). Estudo realizado por Wachholz et al. (2019) com enfermeiros de um hospital universitário do Sul do Brasil, também evidenciou características similares.

Para Machado et al. (2016), indivíduos com idade entre 36-50 anos encontram-se na 3ª fase de vida profissional, intitulada de “Maturidade profissional”. São trabalhadores em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e práticas de enfermagem, ou seja, estão devidamente qualificados para o exercício laboral e inseridos de forma estável no mercado de trabalho.

Em relação a possuir companheiro (a) e filhos, estudo identificou que os relacionamentos sociais, pessoais e familiares influenciam na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem atuantes em setores críticos. Nesse contexto, funcionam como suporte para o enfrentamento dos momentos difíceis da vida e do trabalho, além de que o apoio social contribui para construção de estratégias de *coping* pelos mesmos (SOUZA et al., 2018).

Por outro lado, Scozzafave et al. (2019) menciona que a busca pelo equilíbrio entre o trabalho e as responsabilidades familiares constitui um desafio diário, principalmente, no que tange a multiplicidade de funções incorporadas pelas mulheres. Logo, o equilíbrio entre os contextos laboral e familiar é imprescindível para o estabelecimento da igualdade de gênero no mercado de trabalho (PRONI; PRONI, 2018).

Na categoria profissional, a maioria dos participantes atua como técnico (a) de enfermagem (57,3%), corroborando como o perfil da enfermagem nacional, o qual aponta que técnico e/ou auxiliar de enfermagem representam o contingente profissional mais expressivo da equipe de enfermagem (n=1.389.823; 77,0%) (MACHADO et al., 2016; MACHADO et al., 2017).

No Brasil, a formação e o trabalho da enfermagem seguem uma divisão hierárquica, visto que a concepção, organização e supervisão do cuidado é atribuída ao enfermeiro e, a maior demanda assistencial ao técnico de enfermagem (SOUZA et al., 2018). A enfermagem, assim como a sociedade contemporânea, se caracteriza pela divisão do trabalho em diferentes atividades e especialidades (MACHADO et al., 2020).

Quanto ao vínculo empregatício, observa-se que a maioria dos trabalhadores de enfermagem está vinculado ao regime celetista (63,4%), com carga horária semanal de 36 horas. Estudo realizado na região Centro-oeste do País com enfermeiros hospitalares corrobora quanto ao vínculo empregatício, pois 85,9% dos participantes eram regidos pela CLT, entretanto diverge quanto a carga horária semanal, a qual era superior a 40 horas (ARAÚJO et al., 2017). Salienta-se que, até 2013, o HUSM, cenário de investigação do estudo, contratava recursos humanos por meio de concurso público, os quais eram regidos pelo Regime Jurídico Único. Entretanto, desde dezembro de 2013, a gestão do hospital está sob responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, que contrata recursos humanos por meio de concurso público e os mesmos são regidos pela CLT (BRASIL, 2011).

Quanto a qualificação profissional, 49,6% dos participantes possuem curso de pós-graduação (*latu sensu/stricto sensu*). Dessa forma, entende-se que a busca por conhecimento pautado em evidências científicas, instiga a visão crítica dos trabalhadores frente a dinâmica assistencial e do trabalho, garante uma assistência qualificada, fortalece vínculos relacionais, além de garantir satisfação pessoal. Ainda, as variáveis tempo de atuação no setor (média 7,0 anos;  $dp \pm 6,1$ ) e tempo de atuação na instituição (média 7,9 anos;  $dp \pm 6,4$ ), corroboram com achados em outros estudos (SANTOS et al., 2017; MELLO; REIS; RAMOS, 2018).

Identificou-se que 49,6% dos trabalhadores de enfermagem exercem sua jornada laboral no período noturno e 94,7% possui vínculo de trabalho somente com a instituição pesquisada, corroborando com achados de outras investigações (SANTOS et al., 2017; SILVA et al., 2017).

O turno de trabalho pode ser sinalizado como um fator de risco para a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho, conforme evidenciado em estudo realizado nos Estados Unidos da América e na Turquia (STIMPFEL; BREWER; KOVNER, 2015; CELIKKALP; DILEK, 2019). O trabalho noturno altera o ritmo circadiano e aumenta o período de vigília, propiciando alterações fisiológicas que afetam a capacidade de concentração dos trabalhadores, desencadeando alterações emocionais, psíquicas e físicas (SILVA et al., 2017).

Ademais, 96,9% dos participantes deste estudo aderem a vacinação ocupacional recomendada para os trabalhadores da área saúde. Para Souza, Otero e Silva (2019) a adequada situação vacinal dos trabalhadores da saúde está diretamente relacionada com a efetividade do serviço de saúde ocupacional, sobretudo, no que tange a qualidade dos exames admissionais e periódicos oferecidos.

Em oposição aos achados, estudo multicêntrico brasileiro indicou que 59,7% dos trabalhadores da área da saúde não apresentam situação vacinal completa para hepatite B. Com isso, torna-se evidente que, mesmo com a obrigatoriedade da vacinação ocupacional e o acesso gratuito aos imunobiológicos, a situação vacinal desses trabalhadores ainda é insatisfatória (SOUZA; ARAÚJO, 2018).

Ao encontro disso, estudo realizado na China, apontou que 86,0% dos enfermeiros registrados relataram ter recebido pelo menos uma dose da vacina contra hepatite B. A principal razão autorreferida pelos participantes para a vacinação incompleta foi “esqueceu de completar as doses de acompanhamento”. Assim, percebe-se que os participantes negligenciam a sua própria segurança, embora estejam cientes que a vacinação é o método mais eficaz para prevenir a infecção pelo HBV (YUAN et al., 2019).

A vacinação ocupacional para os trabalhadores da área da saúde é normatizada pela NR-32 e pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). O calendário vacinal ocupacional contempla os imunobiológicos, a seguir: Vacina contra Hepatite B; Vacina Dupla adulto (dT), contra Difteria e Tétano; Vacina Tríplice Viral, contra Sarampo, Caxumba e /Rubéola; Vacina contra Febre Amarela; e Vacina contra o vírus da Influenza A (H1N1 e H3N2). Em caso de recusa do profissional em ser vacinado, deve ser confeccionado documento comprobatório contendo os dados pessoais do trabalhador, discriminação do tipo de vacina, as vantagens de sua aplicação (prevenção de quais doenças), os efeitos colaterais e os riscos a que

estará exposto esse trabalhador por falta ou recusa de receber a vacina (BRASIL, 1998; BRASIL, 2005).

Nesse sentido, artigo americano incita reflexões éticas frente ao poder de decisão de aderir ou não a vacinação contra influenza, já que diferente das outras vacinas que compõe o calendário vacinal, essa deve ser realizada anualmente. Considerando a obrigatoriedade da vacinação ocupacional dos trabalhadores, com o intuito de garantir a segurança e a saúde desses e em contrapartida dos pacientes, cabe a reflexão do porquê não há taxa de 100% de adesão? Por que os trabalhadores, conhecendo os riscos que estão expostos rotineiramente e da sua responsabilidade como agente educador, não seria ético? Ou podemos pensar que os trabalhadores, como seres autônomos podem decidir sobre suas condições laborais (HENDRIX et al., 2016).

Em relação aos acidentes/doenças do trabalho na instituição, constatou-se que 46,6% dos participantes relataram a ocorrência de acidente/doença do trabalho, dado relevante no que tange a saúde e a segurança do trabalhador. A peculiaridade do contexto de trabalho em UTI abarca diversas cargas e demandas de alta complexidade, tornando os trabalhadores inseridos nesse ambiente vulneráveis a maior exposição ocupacional (NAZARIO; CAMPONOGARA; DIAS, 2017).

Para Guimarães e Felli (2016) a variedade e a gravidade de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem decorrem, simultaneamente, de processos de desgaste biológicos e psíquicos a que são submetidos, seja pela natureza intrínseca do trabalho, seja pelas condições em que o mesmo é realizado. Assim, os desafios inerentes a própria atividade laboral, o esgotamento emocional resultante do cuidado à pacientes graves e suas famílias, e ainda, situações de risco, falta de reconhecimento, baixos salários e insatisfação constituem fatores predisponentes à agravos relacionados a saúde dos trabalhadores (SCOZZAFAVE et al., 2019).

Além do mais, os riscos ocupacionais pertinentes ao contexto das UTIs constituem-se por riscos físicos (ruídos, iluminação, temperatura ambiente, radiações); riscos biológicos (diferentes patógenos); riscos químicos (gases, vapores, manipulação de drogas farmacológicas); riscos ergonômicos (esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, postura inadequada, imposição de ritmos excessivos, jornadas de trabalho); riscos psicossociais (estresse, fadiga, insatisfação) e de acidentes do trabalho (NAZARIO; CAMPONOGARA; DIAS, 2017; SOUZA et al., 2018).

Observa-se que os dados desta investigação indicam o predomínio de acidentes/doenças do trabalho do tipo físico (59%), corroborando com estudos nacionais (GUIMARÃES; FELLI,

2016; SILVA et al., 2018; TOTTOLI et al., 2019) e internacionais (LEE et al., 2017; YANG et al., 2018).

Estudo realizado em hospital público do Distrito Federal apontou que, 86,2% dos trabalhadores de enfermagem relataram desconforto musculoesquelético, no período de 12 meses, sendo que as regiões corporais frequentemente mencionadas foram coluna cervical e torácica e coluna lombar (SILVA et al., 2018). Nesse contexto, percebe-se que a capacidade de adaptação dos trabalhadores é limitada pelo próprio organismo, o que pode sinalizar cargas de desgaste referente ao tempo e ritmo de trabalho impostos pelo exercício profissional (MELLO; REIS; RAMOS, 2018).

Estudo realizado em um hospital de ensino do estado do Paraná, contabilizou 1.050 notificações de agravos, entre os trabalhadores da área hospitalar, por meio do acesso ao Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (SIMOSTE). Do total de registros, 60,6% foram realizados por trabalhadores de enfermagem, 43,3% foram decorrentes de exposição às cargas biológicas e corresponderam a 2.478 dias de ausência do trabalho. Os técnicos de enfermagem foram os trabalhadores que mais necessitaram de afastamento laboral. Em oposição, os enfermeiros foram os que apresentaram menor média relativa ao indicador dias de trabalho perdidos (SANTANA et al., 2016).

Ademais, constatou-se que, dentre os trabalhadores que confirmaram a ocorrência de acidente/doença do trabalho na instituição, 47,5% atribuíram como sendo decorrente de um evento pontual.

Investigação realizada em hospitais na Turquia utilizou a *Workload Scale* (WS) e *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) com o intuito de avaliar a percepção de enfermeiros sobre a carga de trabalho, sonolência diurna excessiva e a ocorrência de acidentes de trabalho. Dentre os participantes, 68,5% relataram ter sofrido pelo menos um acidente de trabalho durante trajetória profissional e 15,9% afirmaram a ocorrência de acidentes de trabalho na última semana de trabalho. Verificou-se que a elevada carga de trabalho e a falta de recursos humanos contribuíram com o aumento das cargas físicas e psíquicas favorecendo o adoecimento dos trabalhadores. Além disso, as condições de trabalho influenciaram negativamente a qualidade do sono e na queixa de sonolência diurna excessiva dos enfermeiros, sobretudo dos trabalhadores envolvidos em acidente de trabalho (CELIKKALP; DILEK, 2019).

Em relação aos agravos de notificação relacionados aos acidentes/doenças do trabalho, informadas pelos trabalhadores de enfermagem, foram organizadas de acordo com a delimitação conceitual de acidente do trabalho (BRASIL, 2017). Assim, os dados indicam o

predomínio de doenças relacionadas ao trabalho (57,3%), seguido de 34,8% de acidentes típicos e 7,9% de acidente de trajeto.

No que tange as doenças relacionadas ao trabalho mencionadas pelos participantes deste estudo, houve superioridade para as doenças do sistema osteomuscular (49,0%) e psíquicas (41,2%). Silva et al. (2018) menciona que cargas físicas e mentais interferem na capacidade para o trabalho, bem como na disposição dos trabalhadores para o enfrentamento de exigências físicas e mentais, decorrentes da atividade laboral, tanto no momento atual quanto no futuro.

Estudo brasileiro realizado em três hospitais universitários, por meio do levantamento de dados do SIMOSTE, explicitou o total de 970 notificações de agravos, durante o período de um ano. Dessas, 93,3% foram por licenças médicas e 5,4% decorrentes de acidentes do trabalho com afastamento. Os achados indicam o predomínio de doenças do sistema osteomuscular (31,0%), seguido de doenças do aparelho respiratório (20,3%) e transtornos mentais e comportamentais (6,6%) entre os participantes (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Investigação realizada em um serviço público de hemodiálise evidenciou a prevalência de agravos físicos entre os trabalhadores de enfermagem, decorrentes de relatos expressivos de “dores nas costas” e “dores nas pernas”, sendo considerados graves pelos mesmos. Dentre os achados, o fator danos físicos demonstrou associação significativa com a necessidade de afastamento do trabalho para tratamento de saúde, no último ano (PRESTES et al., 2016). Em convergência a isso, estudo realizado em hospitais públicos da China evidenciou a prevalência de distúrbios osteomusculares entre os enfermeiros de terapia intensiva. Desses, 97,1% dos participantes relataram pelo menos um episódio de dor musculoesquelética relacionado às atividades laborais, especialmente localizadas nas regiões lombar, ombros e cervical (YANG et al., 2018).

Já no que se refere aos riscos psicossociais, segundo Santos et al. (2017) a supervisão rigorosa, a tensão, o estresse, problemas de interação na equipe e as longas jornadas de trabalho são algumas das cargas psíquicas que colaboram com o desgaste do trabalhador. Entende-se que estresse é um fenômeno individual, entretanto suas consequências impactam diretamente a dinâmica do trabalho, contribuindo negativamente nas relações interpessoais, produtividade e no cuidado direto ao paciente. Assim, trabalhadores de enfermagem com níveis elevados de estresse apresentam dificuldades de concentração, capacidade diminuída para tomada de decisão e instabilidade emocional. Com isso, tendem a maiores taxas de absenteísmo-doença, rotatividade entre setores, bem como, maiores ocorrências de acidentes do trabalho (SILVA et al., 2017; SOUZA et al., 2018).

Em relação aos acidentes típicos na instituição pesquisada, os dados indicam o percentual elevado de acidentes com material biológico e/ou perfurocortante entre os trabalhadores de enfermagem. Esse achado caracteriza-se pela natureza do exercício da enfermagem e converge com outros estudos (SANTANA et al., 2016; SANTOS et al., 2017; SARDEIRO et al., 2019).

Investigação realizada na Coréia do Sul (LEE et al., 2017), identificou, em um período de cinco anos, a ocorrência de 1076 exposições ocupacionais a sangue e fluidos corporais potencialmente contaminados entre trabalhadores hospitalares. As principais exposições foram por via percutânea (86,7%) e mucocutânea (13,2%). Em convergência, Santos et al. (2017) evidenciou que dentre os acidentes de trabalho relatados pelos trabalhadores de enfermagem, 83,3% foram decorrentes de exposição ocupacional com material biológico e/ou perfurocortante. Dessa forma, a falta de atenção, a sobrecarga de trabalho, a exaustão física e mental, além da falta de EPI constituem-se como fatores predisponentes para a ocorrência de acidentes no ambiente de trabalho.

Ademais, estudos têm identificado que a ocorrência de acidentes do trabalho é mais frequente entre trabalhadores de enfermagem com até cinco anos de atuação, ou seja, considerado com pouca habilidade e experiência frente a complexidade do exercício profissional de enfermagem (SARDEIRO et al., 2019; CELIKKALP; DILEK, 2019).

Além disso, a maioria (75,9%) dos participantes deste estudo confirmou a realização da notificação de acidente/doença do trabalho e/ou CAT, o que representa um achado superior ao encontrado em outros estudos (SANTOS et al., 2017; CARVALHO et al., 2018).

Cabe considerar que a CAT é emitida apenas para trabalhadores regidos pela CLT, enquanto que os trabalhadores vinculados ao regime estatutário realizam a notificação de acidente de trabalho. Nesse sentido, Souza, Otero e Silva (2019) sinalizam que a distinção decorrente do vínculo empregatício, além de aspectos como desconhecimento da importância da notificação, excesso de burocracia, críticas e medo de perder o emprego contribuem para a subnotificação e impedem o real conhecimento da situação epidemiológica acerca dos acidentes de trabalho no Brasil.

A partir dos acidentes/doenças do trabalho na instituição, observou-se que 49,2% dos participantes necessitaram de afastamento de suas atividades laborais. Conforme legislação brasileira, período de afastamento igual ou inferior a 15 dias é considerado licença de curta duração e período de afastamento igual ou superior a 15 dias é considerado licença de longa duração (BRASIL, 2005). A mediana de 20 dias relaciona-se ao tempo de afastamento dos

participantes, sugerindo que os mesmos permaneceram sem exercer suas atividades laborais, por longos períodos.

Estudo nacional investigou o absenteísmo-doença (AD) entre trabalhadores de enfermagem em um hospital público. Durante o período do estudo, foram acompanhados 299 trabalhadores, sendo que 220 (73,57%) necessitaram de afastamento do trabalho, resultando no total de 642 atestados e 6.230 dias de AD (MANTOVANI et al., 2015). Outra investigação apontou 1.744 registros de AD, o que representou 18.536 dias de afastamento no ano considerado. Dentre as doenças ocupacionais, as doenças mentais contabilizaram 6.692 dias de AD e as doenças osteomusculares 2.286 dias de AD entre os trabalhadores (PRESTES, 2017).

Essa problemática pode favorecer a automedicação entre os trabalhadores de enfermagem, bem como o uso indiscriminado de analgésicos e anti-inflamatórios (GALVAN; DAL PAI; ECHEVARRÍA-GUANILO, 2016). Observou-se que, 41,0% dos participantes desta investigação relataram a utilização de terapia medicamentosa em decorrência dos acidentes/doenças do trabalho. Esse achado é superior ao encontrado em estudo mineiro, onde 32,6% dos participantes utilizavam medicamentos de maneira contínua (SANTOS et al., 2017).

Em relação a percepção geral de clima de segurança no trabalho, por meio da Escala ClimaSeg-H, os dados obtidos apontam que os participantes demonstram uma percepção moderada de clima de segurança (média 3,42  $dp \pm 0,55$ ), tendo em vista que a escala é do tipo Likert, variando de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente) pontos. Em oposição, investigação realizada por Souza, Rocha e Mazzo (2018), em um hospital público do Estado de São Paulo identificou uma percepção desfavorável de clima de segurança entre os trabalhadores de enfermagem. Além disso, percepções negativas de clima de segurança indicam que os trabalhadores percebem que os aspectos pertinentes a segurança não são prioridade pelos supervisores, pelos gestores e, muitas vezes, nem pelos próprios trabalhadores (MANAPRAGADA; BRUK-LEE, 2016).

Destaca-se que a escala ClimaSeg-H, demonstrou consistência interna satisfatória ( $\alpha$  0,934) para medir o constructo clima de segurança, obtendo variação de 0,727 a 0,903 entre os domínios específicos que compõe a escala. Esses resultados foram semelhantes aos apresentados na versão brasileira da escala proposta por Andrade, Silva e Netto (2015), instrumento utilizado neste estudo.

Investigação americana se propôs avaliar a percepção de enfermeiros sobre o clima de segurança no local de trabalho, por meio da versão modificada do questionário denominado *Organizational Policies and Practices* (OPP). Como resultado, observou-se que uma melhor percepção acerca da segurança no ambiente de trabalho esteve significativamente associada a

menor carga de trabalho físico, menor tensão no trabalho, menor percepção de risco, menor relação com lesões relacionadas ao trabalho e, ainda, maior satisfação no trabalho (LEE; LEE, 2017).

Em convergência, estudo realizado com trabalhadores de três empresas americanas demonstrou que uma positiva percepção do clima de segurança associa-se à menor número de relatos de dor nas costas, maior satisfação no trabalho e na vida pessoal, além de estar associada a menores níveis de depressão e, conseqüentemente, melhor autopercepção da saúde em geral (KATZ et al., 2019).

No que diz respeito a percepção de clima de segurança no trabalho por domínios da Escala ClimaSeg-H, verificou-se que **Equipamentos de Segurança e Organização do Ambiente** (média 4,06  $dp \pm 0,55$ ) foi o domínio que apresentou melhor percepção de clima de segurança entre os participantes deste estudo. Além disso, o item melhor avaliado pelos trabalhadores foi “Luvas descartáveis estão, prontamente, disponíveis no meu ambiente de trabalho” (média 4,7  $dp \pm 0,4$ ). Nesse sentido, os trabalhadores de enfermagem percebem o comprometimento da organização com a manutenção do ambiente de trabalho, especialmente, no que concerne a proteção a riscos biológicos, evidenciada pela disponibilidade de EPIs.

Os EPIs são ferramentas indispensáveis no cenário do trabalho para minimizar a exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais, bem como para prevenir a ocorrência de acidentes de trabalho. Ainda, a gestão das organizações de saúde deve garantir o fornecimento adequado desses equipamentos e estabelecer estratégias educativas para maximizar a adesão por parte dos trabalhadores. Assim, a conservação do local de trabalho, o descarte adequado de materiais, como também a limpeza e organização do ambiente contribui para a melhoria das condições laborais, e conseqüentemente, para a saúde e segurança dos trabalhadores (LEAL et al., 2015).

Entretanto, estudo qualitativo em uma UTI pública evidenciou que, ao mesmo tempo em que os trabalhadores declararam fazer uso dos EPIs durante o exercício laboral, também relataram que isso não ocorre de maneira integral, ou seja, não utilizam os EPIs preconizados durante todas as atividades. Além disso, consideram a utilização de luvas descartáveis como sendo “EPI básico” e, rotineiramente, não percebem a utilização de máscara e óculos de proteção entre seus pares. Nesse contexto, percebe-se que a necessidade de pronta atuação em situações críticas e o quantitativo de trabalhadores pode influenciar, de forma negativa, no comprometimento dos mesmos com as atitudes de segurança (NAZÁRIO; CAMPONOGARA; DIAS, 2017).

Em contraponto, o domínio **Programas e Normas de Segurança** (média 3,02  $dp \pm 0,66$ ) foi o que representou a pior percepção de clima de segurança no trabalho entre os participantes deste estudo. Esse domínio contempla os aspectos alusivos às normas e documentos estabelecidos pela instituição para a garantia da segurança no ambiente de trabalho (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015). Em oposição ao exposto, estudo realizado em um hospital de Goiás identificou que os trabalhadores de enfermagem demonstraram uma percepção positiva acerca dos valores, normas e comportamentos organizacionais referentes ao clima de segurança (EVANGELISTA et al., 2018).

Nesse sentido, percebe-se que a percepção de clima de segurança no trabalho, por meio do domínio PNS sinaliza uma fragilidade na cultura de segurança no cenário de investigação da referida pesquisa. Compreende-se a necessidade de maior engajamento dos líderes institucionais com as questões pertinentes à segurança, especialmente no tocante à comunicação aberta, envolvimento de todos os trabalhadores na tomada de decisão e compromisso com a investigação de potenciais riscos no local de trabalho (SOUZA; ROCHA; MAZZO, 2018).

Ademais, o item “Segurança é regularmente discutida em reuniões de departamento” (média 2,8  $dp \pm 1,0$ ) e “Meu supervisor frequentemente discute práticas de trabalho seguro comigo” (média 2,8  $dp \pm 0,9$ ), relativos aos domínios **Programas e Normas de Segurança e Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança**, respectivamente, também apresentaram as piores percepções de clima de segurança no trabalho desta investigação. Em convergência ao exposto, estudo nacional realizado em três UTI de um hospital público de ensino, apontou fragilidades quanto a percepção de clima de trabalho em equipe no que concerne a “abertura de comunicação”. Esse aspecto releva que a comunicação sobre aspectos relativos a segurança não é fluída, ou seja, não há espaço para discutir falhas (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Para Zohar (1980) a percepção das práticas gerenciais de segurança relaciona-se com a percepção dos trabalhadores frente aos comportamentos de segurança demonstrados pelos gestores, ou seja, quanto maior a prioridade da instituição com segurança, menor é a probabilidade de os trabalhadores apresentarem comportamentos de risco (CUSTO; CUSTO; BUTTIGIEG, 2019).

Nas instituições, a comunicação de informações relacionadas à segurança constitui-se um dos pilares para a promoção e consolidação de um ambiente de trabalho seguro. Para tanto, a comunicação de segurança precisa ser tratada como uma prioridade por todos os membros da instituição. Líderes que transmitem a importância da segurança à sua equipe contribuem, positivamente, para a efetivação da comunicação ascendente entre os mesmos. Logo, posturas pautadas na segurança do trabalho influenciam os comportamentos e atitudes dos trabalhadores

no que tange às questões de segurança. Nesse sentido, o estabelecimento de uma comunicação eficiente oportuniza detectar, corrigir e evitar práticas inseguras nos ambientes laborais antes que desfechos negativos aconteçam, como acidentes do trabalho (MANAPRAGADA; BRUK-LEE; 2016).

Em relação ao domínio **Treinamento e Educação em Segurança**, o item com pior percepção de clima de segurança foi “Não existem conflitos no meu setor” (média 2,3  $dp \pm 1,0$ ), representando, no contexto geral, a percepção mais negativa de clima de segurança no trabalho entre os trabalhadores de enfermagem atuantes em UTI.

Mello, Reis e Ramos (2018) mencionam que, ambiente físico inadequado, sobrecarga de trabalho, supervisores despreparados e impossibilidade de dialogar com a chefia são fatores que contribuem para a vulnerabilidade ocupacional dos trabalhadores, bem como maior predisposição a adoecimento por estresse. Além disso, estudo de abordagem quali-quantitativa com enfermeiros de UTI revelou que a exaustão emocional, a despersonalização da atividade, as condições do ambiente e os conflitos frequentes contribuem para níveis elevados de estresse, o qual repercute negativamente na saúde física e mental dos trabalhadores (FERNANDES et al., 2015).

Em contrapartida, estudo nacional realizado com trabalhadores de enfermagem de UTI evidenciou que ambientes favoráveis à prática profissional com percepção da autonomia, boas relações interpessoais e controle sobre o ambiente resultam em satisfação com o trabalho e menores níveis de *burnout* para os trabalhadores de enfermagem (GUIRARDELLO, 2017). Estudo americano realizado com 7.923 trabalhadores da saúde revelou que a promoção de uma vida profissional saudável, estabelecida pelo equilíbrio entre aspectos pessoais e profissionais, associa-se a uma maior participação em liderança em segurança e, também, a uma percepção positiva de clima de segurança e clima de trabalho em equipe (SEXTON et al., 2016). Dessa forma, quanto maior a satisfação do trabalhador no ambiente laboral, melhor será a sua percepção de clima de segurança (LEE; LEE, 2017).

Investigação realizada nos Estados Unidos utilizou o instrumento *Safety, Communication, Operational, Reliability, and Engagement* (SCORE) com o objetivo de avaliar a relação entre a prontidão para melhoria e a percepção da cultura de segurança dos trabalhadores da saúde. Considerando que a prontidão para melhoria é a capacidade apresentada pelo trabalhador frente ao aprendizado e aprimoramento contínuo sobre a qualidade e a segurança do ambiente de trabalho, tem-se que trabalhadores com alta prontidão para melhoria comunicam-se de forma não violenta, pois utilizam palavras mais positivas no processo de comunicação interpessoal. Dessa forma, identificou-se que trabalhadores com uma prontidão

elevada para melhoria demonstram melhores percepções de clima de segurança e de trabalho em equipe, assim como menores cargas de desgaste (ADAIR et al., 2018).

Estudo nacional realizado em quatro instituições hospitalares com o objetivo de investigar a percepção de clima de segurança no trabalho constatou que, dentre os participantes do estudo, os trabalhadores de enfermagem são os que demonstram pior percepção de clima de segurança o trabalho. E, entre os membros da equipe da enfermagem, os técnicos de enfermagem são os que apresentam melhor percepção de clima de segurança (ANDRADE; SILVA; NETTO, 2015). Em contradição ao exposto, nesta pesquisa, não se observou associação entre a percepções de clima de segurança e a categoria profissional dos participantes. Da mesma forma, que não houve associação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e as variáveis sociodemográfica (escolaridade), laborais (vínculo empregatício, carga horária semanal e turno de trabalho) e acidentes/doenças do trabalho na instituição (notificação de acidente/doença do trabalho e/ou CAT e uso de medicação).

Além disso, os achados desta investigação também indicam associação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e o setor de trabalho. Nesse sentido, verificou-se que os trabalhadores de enfermagem que atuam na UTI Neonatal e UTI Pediátrica demonstraram melhor percepção de clima de segurança quanto aos aspectos relativos ao domínio Equipamentos de Segurança e Organização do Ambiente ( $p < 0,001$ ). No entanto, os trabalhadores da UTI Neonatal apresentaram a pior percepção de clima de segurança no trabalho no que concerne aos domínios Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança ( $p = 0,011$ ) e Treinamento e Educação em Segurança ( $p = 0,003$ ). Acredita-se que essa percepção seja influenciada pelas cargas psíquicas dos trabalhadores oriundas da complexidade que abarca a assistência intensiva a criança, a rotina estressante e a vivência frequente com a morte. Em oposição ao exposto, Santiago e Turrini (2015) evidenciaram que, de maneira geral, os trabalhadores inseridos nas UTI Neonatal e UTI Pediátrica demonstraram melhores pontuações no que tange a cultura e clima de segurança. Com isso, acredita-se que o fortalecimento das relações de afetividade entre o trabalhador e a criança possa contribuir para uma melhor percepção de clima de segurança.

Ainda, em perspectiva oposta, os trabalhadores de enfermagem deste estudo atuantes na UTI Coronariana apresentaram melhor percepção de clima de segurança no trabalho no que tange aos domínios Suporte para Práticas de Trabalho e Segurança ( $p = 0,011$ ) e Treinamento e Educação em Segurança ( $p = 0,003$ ). Assim, percebe-se que esses participantes demonstram que as relações interpessoais no ambiente de trabalho estão fortalecidas no que tange os aspectos pertinentes a segurança e, conseqüentemente, obtêm suporte para o enfrentamento de

obstáculos para segurança no ambiente laboral por parte da gerência. Estudo quali-quantitativo realizado, em hospital público mineiro, com trabalhadores de enfermagem de UTI Coronariana, evidenciou, dentre os resultados, o predomínio de comportamentos positivos que facilitam o trabalho em equipe, especialmente na perspectiva da colaboração e comunicação. Dessa forma, trabalhadores com comportamentos e atitudes positivas influenciam de maneira satisfatória na qualidade do cuidado, na segurança do paciente, assim como na segurança dos próprios trabalhadores (GOULART et al., 2016).

Nesta investigação, de maneira geral, as percepções de clima de segurança no trabalho avaliadas por meio dos domínios da escala ClimaSeg-H demonstram correlação positiva entre si, ou seja, a medida que um domínio aumenta, todos aumentam. Além do mais, os resultados indicam associação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho entre os participantes deste estudo. Nesse sentido, os trabalhadores que relataram a ocorrência de acidentes de trabalho apontaram piores percepções de clima de segurança para os domínios Programa e normas de segurança ( $p=0,007$ ), Equipamentos de segurança e organização do ambiente ( $p=0,004$ ) e Suporte para práticas de trabalho e segurança ( $p=0,036$ ).

Estudo nacional realizado em hospital público, com o objetivo de avaliar o clima organizacional e a sua relação com a ocorrência de acidentes de trabalho com perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem, opõe-se aos achados desta investigação. Dentre os resultados, identificou-se percepção desfavorável de clima organizacional e não houve relação direta entre a percepção de clima organizacional e a ocorrência de acidentes de trabalho (SOUZA; ROCHA; MAZZO, 2018).

Em convergência ao exposto, trabalhadores de enfermagem que necessitaram de afastamento do trabalho após a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição apontaram pior percepção de clima de segurança para o domínio Treinamento e Educação em Segurança ( $p=0,011$ ). De acordo com Mohr et al. (2016) trabalhadores que percebem que a gerência não prioriza a segurança no trabalho, ou que se sentem desprotegidos frente aos riscos ocupacionais tendem a piores percepções de clima de segurança. Além disso, estudo internacional realizado com enfermeiros registrados apontou que a percepção de clima de segurança está associada com maior tempo de afastamento do trabalho e com maiores taxas de rotatividade entre os participantes (MOHR et al. 2016).

Dessa forma, evidenciou-se, neste estudo, que os trabalhadores de enfermagem que relataram a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição demonstram uma pior percepção de clima de segurança no trabalho. Assim, uma melhor percepção de clima de

segurança no trabalho relaciona-se com uma menor ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição, o que confirma a hipótese do referido estudo.

## 7 CONCLUSÃO

Esta investigação teve o objetivo geral analisar a relação entre a percepção de clima de segurança no trabalho e a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva. Os resultados permitiram concluir que a maioria (84,7%) dos trabalhadores de enfermagem são do sexo feminino, (80,2%) possuem companheiro e (71,8%) possuem filhos. Desses, 39,7% são enfermeiros (as), 57,3% são técnicos (as) de enfermagem e 3,1% são auxiliares de enfermagem, e 49,6% possuem curso de pós-graduação. Ainda, o predomínio (63,4%) dos trabalhadores é regido pela CLT, com carga horária semanal de 36 horas, e (49,6 %) cumprem sua jornada de trabalho no período noturno. Quanto ao setor de trabalho, 37,4% pertencem a UTI Neonatal, 19,1% a UTI Pediátrica, 28,2% a UTI Adulto e 15,3% a UTI Coronariana. Além disso, a maioria (96,9%) adere a vacinação ocupacional preconizada pela legislação para trabalhadores da saúde e (94,7%) exerce suas atividades laborais somente na instituição pesquisada.

Em convergência, 46,6% dos trabalhadores relataram a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição, a maioria (59,0%) é do tipo físico, com predomínio (57,3%) para as doenças relacionadas ao trabalho, seguido dos acidentes típicos (34,8%). Dentre os principais agravos relacionados aos acidentes/doenças do trabalho na instituição, estão os acidentes com material biológico e/ou perfurocortante (n=20), as doenças osteomusculares (n= 25) e as doenças psíquicas (n=21). Além disso, 75,9% dos acidentes/doenças do trabalho foram notificados e/ou registrados por meio da CAT, 49,2% dos trabalhadores necessitaram de afastamento laboral e 41,1% utilizaram terapia medicamentosa em decorrência do acidente/doença do trabalho.

A percepção de clima de segurança no trabalho, de maneira geral, não apresentou associação com as variáveis sociodemográficas e laborais investigadas. No entanto, a variável laboral setor de trabalho demonstrou associação com os domínios da Escala ClimaSeg-H, sendo: domínio ESOA ( $p < 0,001$ ); domínio SPTS ( $p = 0,011$ ); e domínio TDS ( $p = 0,003$ ).

Os acidentes/doenças do trabalho na instituição associaram-se com a percepção de clima de segurança no trabalho geral ( $p = 0,004$ ) e com os domínios PNS ( $p = 0,007$ ), domínio ESOA ( $p = 0,004$ ) e domínio SPTS ( $p = 0,036$ ); tipo de acidente/doença do trabalho com a percepção de clima de segurança no trabalho geral ( $p = 0,014$ ) e com os domínios PNS ( $p = 0,04$ ) e domínio SPTS ( $p = 0,013$ ); acidente/doença do trabalho decorrente de evento pontual com o domínio ESOA ( $p = 0,022$ ); e afastamento do trabalho com o domínio TDS ( $p = 0,011$ ).

A partir da realização deste estudo, verificou-se um número expressivo de trabalhadores de enfermagem atuantes em UTI que relataram a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição, tendo como principais agravos de notificação relacionados as doenças osteomusculares e psíquicas e os acidentes com material biológico e/ou perfurocortante. Com base na percepção de clima de segurança no trabalho, o domínio com melhor percepção de clima de segurança foi o ESOA, em oposição ao domínio PNS que obteve a pior percepção de clima de segurança por parte dos trabalhadores de enfermagem. Também se verificou que os trabalhadores que afirmaram a ocorrência de acidentes/doenças do trabalho demonstram pior percepção de clima de segurança no trabalho. Dessa forma, os resultados indicam que uma melhor percepção de clima de segurança no trabalho se mostrou inversa à ocorrência de acidentes/doenças do trabalho na instituição, o que confirma a hipótese do referido estudo.

À vista disso, considera-se importante a aproximação da gerência através de estratégias que estimulem o engajamento dos trabalhadores com as questões relativas a saúde e segurança, bem como, oportunizar a coparticipação dos mesmos nas decisões organizacionais. As questões pertinentes a saúde e segurança devem ser discutidas de maneira clara e regular em reuniões que envolvam a equipe de trabalhadores, assim como as políticas e manuais de segurança devem ser impressos e disponíveis no setor de trabalho, para que todos possam ter acesso a informação. Além do mais, os gestores devem comprometer-se com a realização de investigações que apontem potenciais riscos no ambiente de trabalho e com o desenvolvimento de estratégias que minimizem a exposição ocupacional aos trabalhadores de enfermagem. Com essas atitudes, pode-se colaborar para a redução do quantitativo de acidentes de trabalho e das repercussões que esse evento pode proporcionar, tanto para o trabalhador quanto para a instituição de saúde.

Cabe salientar que, o presente estudo apresenta como limitação, o fato de ser realizado em um único cenário e possuir delineamento transversal, o qual inviabiliza a generalização dos achados frente a população investigada e a relação de causa e efeito, respectivamente. Ainda, considera-se o fato de que a Escala ClimaSeg-H não possui escores padronizados para a avaliação da percepção de clima de segurança, e a escassez de estudos utilizando a escala, o que dificultou a comparação dos resultados desta investigação com outras pesquisas. Apesar disso, esse instrumento demonstra resultados importantes para a saúde do trabalhador, posto que permite identificar fragilidades na cultura de segurança da organização.

## REFERÊNCIAS

- ADAIR, K.C.; et al. The Improvement Readiness scale of the SCORE survey: a metric to assess capacity for quality improvement in healthcare. **BMC Health Serv Res.**, v. 18, p. 975, 2018. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3743-0>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- ALBUQUERQUE, S.G.E.; et al. Fatores de risco à segurança do enfermeiro na unidade de terapia intensiva de um hospital geral. **Rev bras ci saúde**, v. 19, n. 2, p. 135-142, 2015.
- ANDRADE, A.L.; et al. Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 15, n. 3, p. 233-245, 2015.
- ANDRADE, A. L., SILVA, M. Z.; NETTO, M. T. Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar: adaptação de medida (ClimaSeg-H). **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 14, n. 2, p. 261-271, 2015.
- ANDREAS, G.W.J.; JOHANSSONS, E. Métodos observacionais para avaliação de riscos ergonômicos para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Uma revisão de escopo. **Rev. Cienc. Salud**, Bogotá, v. 16, n. spe, p. 8-38, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169272732018000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169272732018000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- ARANTES, M. C.; et al. Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores de serviços de saúde. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 1, p. 01-08, 2017.
- ARAUJO, M.A.N.; et al. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, supl. 11, p. 4716-25, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231214>>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A. O Cuidado Ambiental Vivo, Dinâmico e Complexo em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692015000300411&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692015000300411&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- BERTONCELO, V.; JUNQUEIRA, L. Novas Formas de Ocupação, do Trabalho e Condições. **Revista Organizações em Contexto**, v. 14, n. 27, p. 187-210, 2018.
- BRASIL. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Brasil é um dos países com maior número de mortes e acidentes de trabalho no mundo. Será o trabalhador brasileiro superprotegido?. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 23 jan. 2019. Disponível em: <<http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/noticias/brasil-e-um-dos-paises-com-maior-numero-de-mortes-e-acidentes-de-trabalho-no-mundo-sera-o>>. Acesso em: 15 dez. 2019.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

\_\_\_\_\_. Decreto Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 9 ago. 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015**. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei nº 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jun. 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp150.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n. **8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 abr. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm)>. Acesso em: 20 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jul. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/LEIS/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 nov. 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm)>. Acesso em: 05 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, 16 dez. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico de acidentes de trabalho: AEAT 2017**. Brasília: MF, 2017. 996 p. Disponível em: <[http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017](http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf)>.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social: AEPS 2017**. Brasília: MF, 2017a. 908 p. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/AEPS-2017-abril.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília, 2018. 26 p.: il. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 fev. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 mai. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Portaria n. 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança do Trabalho. Brasília, 1978. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/participacao-social-mtps/participacao-social-do-trabalho/legislacao-seguranca-e-saude-no-trabalho/item/3679-portaria-3-214-1978>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Dispõe sobre NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 ago. 1998. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Tribunal Regional do Trabalho. 2ª Região. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Serviço de Jurisprudência e Divulgação. São Paulo: TRT; 2005.

BUFFON, G.; AGUIAR, J.L.; GODARTH, K.A.L. Maturidade da Cultura de Segurança no Trabalho: Aplicação do Modelo de Hudson em um Laticínio no Sudoeste do Paraná. **RAD**, v. 20, n. 2, p. 01-18, 2018.

CAMILO, E. N. R.; ARANTES, T.E.F.; HINRICHSEN, S.L. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológicos em um hospital oftalmológico. **Rev Bras Oftalmol.**, v. 74, n. 5, p. 284-7, 2015.

CARTE, N.S.; WILLIAMS, C. Role strain among male RNs in the critical care setting: Perceptions of an unfriendly workplace. **Intensive Crit Care Nurs.**, v. 43, p. 81-86, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339717302951?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

CARVALHO, D.C.; et al. Acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de um hospital do Centro-Oeste brasileiro. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018.

CARVALHO, H.E.F.; et al. Visão dos profissionais de enfermagem quanto aos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho na central de material e esterilização. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1161-1166, 2019. Disponível em: <[http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6930/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6930/pdf_1)>. Acesso em: 20 dez. 2019.

CASEY, T.; et al. Safety climate and culture: Integrating psychological and systems perspectives. **J Occup Health Psychol.**, v. 22, n. 3, p. 341-353, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28150991>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CELIKKALP, Ü.; DILEK, F. Factors affecting the occupational accident rates among nurses. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 53, p. e03524, 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.156, de 17 novembro 2016. Estabelece os critérios para indicação de admissão ou de alta para pacientes em UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 nov. 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 18 out. 2018.

CHEN, Y.; MCCABE, B.; HYATT, D. Impact of individual resilience and safety climate on safety performance and psychological stress of construction workers: A case study of the Ontario construction industry. **Journal of Safety Research**, v. 61, p. 167-176, 2017. Disponível: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437517301512>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jun. 1987. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 543, de 18 abril 2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 mai. 2017. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>. Acesso em: 18 out. 2018.

COSTA, M.T.P.; BORGES, L.O.; BARROS, S.C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 15, n. 1, p. 43-58, 2015.

CORREIO, RA.P.P.V.; et al. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 46-50, 2015.

COUTO, P.L.S.; et al. Representações sociais acerca dos riscos de acidente de trabalho. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-10, 2018.

CRESWELL, J.W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Magda Lopes. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CRUZ, T.A; ANDRADE, C.O.S.; CARDOSO, A.C.C. acidente com material biológico em servidores da saúde na bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 87-95, 2016.

CUSTO, P.T.; CUSTO, R.T.; BUTTIGIEG, S. The Relationship Between Safety Climate and Performance in Intensive Care Units: The Mediating Role of Managerial Safety Practices and Priority of Safety. **Front Public Health.**, v. 23, n. 7, p. 302, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31709215>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

DONATELLI, S.; et al. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 4, p. 1257-1272, 2015.

DORIGAN, G.H.; GUIRARDELLO, E.B. Efeito do ambiente da prática do enfermeiro nos resultados do trabalho e clima de segurança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. e3056, 2018.

EVANGELISTA, R.A.; et al. Cultura de saúde e segurança dos trabalhadores de um hospital privado. **Journal Health NPEPS**, v. 3, n. 1, p. 118-131, 2018.

FERNANDES, M.A.; et al. Saúde mental dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, supl. 10, p. 437-44, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10856/12078>>. Acesso em: 10 out. 2019.

GALVAN, M.R.; DAL PAI, D.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. Automedicação entre profissionais da saúde. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 20, p. e959, 2016.

GERSHON, R.R.M.; et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. **American Journal of Infection Control**, v. 28, n. 3, p. 211–221, 2000. Disponível em: <[https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(00\)18842-X/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(00)18842-X/fulltext)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

GOMEZ, C.M.; VASCONCELLOS, L.C.F.M.; HUET, J.M. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018.

GOULART, B.F.; et al. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. **Rev Esc Enferm USP.** v. 50, n. 3, p. 479-486, 2016.

GUIMARAES, A.L.O.; FELLI, V.E.A. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 507-514, 2016.

GUIRARDELLO, E B. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 25, p. e2884, 2017.

HENDRIX, K.S.; et al. Ethics and Childhood Vaccination Policy in the United States. **Am J Public Health.** v. 106, n. 2, p. 273-278, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815604/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

HORA, H.R.M.; MONTEIRO, G.T.R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

HUANG, Y.; et al. An item-response theory approach to safety climate measurement: The Liberty Mutual Safety Climate Short Scales. **Accident Analysis & Prevention**, v. 103, p. 96-104. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001457517301124?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Boletim de serviço HUSM nº 54 de 08 de janeiro de 2018.** Santa Maria, 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/219273/0/Boletim+de+Servi%C3%A7o+54+HUSM.pdf/687ecbc0-f552-49ce-8b77-c05ba1ab1297>>. Acesso em: 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Hospital Universitário de Santa Maria. Nossa história. Santa Maria, 2019. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

JANUÁRIO, G. C.; et al. Acidentes ocupacionais com material potencialmente contaminado envolvendo trabalhadores de enfermagem. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 1, p. 01-09, 2017.

JUNIOR, A.G.S.; et al. Norma Regulamentadora 32 no Brasil: revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 1, p. 1528-1534, 2015.

KATZ, A. S.; et al. Perceived Workplace Health and Safety Climates: Associations With Worker Outcomes and Productivity. **American Journal of Preventive Medicine.**, v. 57, n. 4, p. 487-494, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379719302533>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

KIM, K.W.; et al. Safety Climate and Occupational Stress According to Occupational Accidents Experience and Employment Type in Shipbuilding Industry of Korea. **Saf Health Work.**, v. 8, n. 3, p. 290-295, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28951806>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

LEE, J.H.; et al. Occupational blood exposures in health care workers: incidence, characteristics, and transmission of bloodborne pathogens in South Korea. **BMC Public Health**, v. 17, p. 827, 2017. Disponível em: <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4844-0>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

LEE, S.J.; LEE, J.H. Associations of Organizational Safety Practices and Culture With Physical Workload, Perceptions About Work, and Work-Related Injury and Symptoms Among Hospital Nurses. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 47, n. 7/8, p. 404–411, 2017. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201707000-00012>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

LIMA, M.D.P.; et al. Riscos ocupacionais em profissionais de enfermagem de materiais e centros de esterilização. **Rev Cuid.**, v. 9, n. 3, p. 1-8, 2018.

LORO, M.M.; et al. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.

MACHADO, M.H.; et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. (1/4), p. 11-17, 2015.

MACHADO, M.H.; et al. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 101-112, 2020.

MACHADO, M.H.; et al. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final**. FIOCRUZ/COFEN, Rio de Janeiro, v. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MANAPRAGADA, A.; BRUK-LEE, V. Staying silent about safety issues: Conceptualizing and measuring safety silence motives. **Accident Analysis & Prevention**, v. 91, p. 144–156, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001457516300471>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MANTOVANI, V.M; et al. Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 641-646, 2015.

MARZIALE, M.H.P.; et al. Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 6, p. 859-66, 2012.

MATOS, I.B.; TOASSI, R.F.C.; OLIVEIRA; M.C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MELLO, R.C.C.; REIS, L.B.; RAMOS, F.P. Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional. **Gerai**s: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2018.

MOHR, D.C.; et al. Integrated Employee Occupational Health and Organizational-Level Registered Nurse Outcomes. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 5, p. 466–470, 2016. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/27158954>>. Acesso em 19 set. 2019.

NAZARIO, E.G.; CAMPONOGARA, S.; DIAS, G.L. Riscos ocupacionais e adesão a precauções padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 42, n. e7, 2017.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. 1981. **Convenção nº 155 – Segurança e saúde dos trabalhadores**. Genebra, 1981. Disponível em: <[https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS\\_236163/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS_236163/lang--pt/index.htm)>. Acesso em: 18 abr. 2018.

OLIVEIRA, M.M.; ANDRADE, N.V.; BROCK, J. Riscos ocupacionais e suas repercussões nos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 6(2), p. 129-138, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. 2010. **Relatório Mundial da Saúde: O financiamento da cobertura universal**. 2010. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

PORTELA, N.L.C.; CUNHA, J.D.S.; OLIVEIRA, S.A. Riscos ocupacionais entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **ReOnFacema.**, v. 1, n. 1, p. 81-85, 2015.

PRESTES, F.C.; et al. Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 1, p. 50759, 2016.

PRESTES, F.C. **Absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário: estudo de métodos mistos**. 2017. 201 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017.

PRONI, T.T.R.W.; PRONI, M.W. Discriminação de gênero em grandes empresas no Brasil. **Rev. Estud. Fem.**, v. 26, n.1, p. e41780, 2018.

RIBEIRO, R.P.; RIBEIRO, B.G.A. Métodos de pesquisa quantitativa: uma abordagem prática. In: LACERDA, M. R., COSTENARO, R.G.S. (Org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

RODRIGUES, P.S.; et al. Acidente ocupacional entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um pronto-socorro. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017.

ROLOFF, D.I.T.; et al. Occupational health nurses: interdisciplinary experience in occupational health. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 5, p. 842-55, 2016.

SANTANA, L.L.; et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 1, p. 23-32, 2016.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para a segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. spe, p. 123-30, 2015.

SANTOS, S. V. M.; et al. Acidente de trabalho e autoestima de profissionais de enfermagem em ambientes hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 25, e2872, 2017.

SANTOS, T. S. **Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social.** Sociologias, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 120-156, 2009.

SARDEIRO, T.L.; et al. Acidente de trabalho com material biológico: fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico-laboratorial. **Rev Esc Enferm USP.** v. 53, p. e03516, 2019.

SCARAMAL, D. A.; et al. Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem. **REME - Rev Min Enferm.** v. 21, n.(e), p. 1024, 2017.

SCHWARTZ, S.P.; et al. Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: a cross-sectional survey analysis. **BMJ Quality & Safety**, v. 28, p. 142-150, 2019. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/content/28/2/142>>. Acesso em: 16 out. 2019.

SCOZZAFAVE, M.C.S.; et al. Psychosocial risks related to the nurse in the psychiatric hospital and management strategies. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 4, p. 834-40, 2019.

SEXTON, J.B.; et al. The associations between work–life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work–life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 8, p. 632–640, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5481495/>>. Acesso em 19 set. 2019

SHOJI, S.; et al. Proposta de melhoria das condições de trabalho em uma unidade ambulatorial: perspectiva da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 303-309, 2016.

SILVA, E. J.; LIMA, M.G.; MARZIALE, M.H.P. O conceito de risco e seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.65, n.5, p. 809-814, set-out. 2012.

SILVA, F. F.; et al. Riscos de acidentes com materiais perfurocortantes no setor de urgência de um hospital público. **Rev Fund Care Online.** v. 8, n. 4, p. 5074-5079, 2016.

SILVA, G.A.V.; et al. Estresse e coping entre profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, supl. 2, p. 922-31, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13461/16153>>. Acesso em: 8 out. 2018.

SILVA, M.C.; BORGES, L.O. Condições de trabalho e clima de segurança dos operários da construção de edificações. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 15, n. 4, p. 407-418, 2015.

SILVA, M.C.N.; MACHADO, M.H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

SILVA, P.L.N.; et al. Análise dos acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Fund Care Online.**, v. 8, n. 4, p. 5163-5176, 2016. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3526/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3526/pdf_1)>. Acesso em: 08 jun. 2018.

SILVA, R.M.; et al. Cronotipo e turno de trabalho em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 958-64, 2017.

SILVA, R.S.S; et al. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Med Trab.**, v. 15, n. 3, p. 267-75, 2017.

SILVA, T.P.D.; et al. Desconforto musculoesquelético, capacidade de trabalho e fadiga em profissionais da enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Rev Esc Enferm USP.** v. 52, p. e03332, 2018.

SIQUEIRA, A.L.; TIBÚRCIO, J.D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional.** Belo Horizonte (MG). Coopmed. 2011.

SOUZA, F.O.; ARAÚJO, T.M. Exposição ocupacional e vacinação para hepatite B entre trabalhadores da atenção primária e média complexidade. **Rev Bras Med Trab.**, v. 16, n 1, p. 36-43, 2018.

SOUZA, H.P.; OTERO, U.B.; SILVA, V.S.P. Perfil dos trabalhadores de saúde com registros de acidentes com material biológico no Brasil entre 2011 e 2015: aspectos para vigilância. **Rev Bras Med Trab.**, v. 17, n. 1, p. 106-118, 2019.

SOUZA, L.S.; ROCHA, F.L.R.; MAZZO, L.L. Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes em um hospital público do Estado de São Paulo. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 85-95, 2018.

SOUZA, V.; CORTEZ, E.A.; CARMO, T.G. Medidas educativas para minimizar os riscos ocupacionais na equipe de enfermagem da UTI. **Rev Fund Care Online.** v. 9, n. 2, p. 583-591, 2017. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4407/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4407/pdf_1)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOUZA, V.S.; et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. **Rev Cuid.**, v. 9, n. 2, p. 2177-86, 2018.

STIMPFEL, A.W.; BREWER, C.S.; KOVNER, C.T. Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: An observational study. **Int J Nurs Stud.** v. 52, n. 11, p. 1686-93, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915002059?via%3Dihub>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

TONDO, J.C.A.; GUIRARDELLO, E.B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 6, p. 1284-90, 2017.

TOTTOLI, C.R.; et al. Profissionais da saúde que atuam em ambiente hospitalar têm alta prevalência de fadiga e dorsalgia: estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, v. 26, n. 1, p. 91-100, 2019.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development.** New York: UN; 2015. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>>. Acesso em: 12 out. 2018.

VASSEM, A.S.; et al. Fatores constituintes da cultura de segurança: olhar sobre a indústria de mineração. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 719-730, 2017.

WACHHOLZ, A.; et al. Sofrimento moral e satisfação profissional: qual a sua relação no trabalho do enfermeiro? **Rev Esc Enferm USP.**, v. 53, p. e03510, 2019.

YANG, S.; et al. Prevalence and Risk Factors of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Intensive Care Unit Nurses in China. **Workplace Health Saf.**, v. 67, n. 6, p. 275-287, 2019. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079918809107>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

YARI, S.; et al. Developing a model for hospital inherent safety assessment: Conceptualization and validation. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 29, n.3-4, p. 163–174, 2018. Disponível em: <<https://content.iospress.com/articles/international-journal-of-risk-and-safety-in-medicine/jrs180006>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

YARI, S.; et al. Interaction of Safety Climate and Safety Culture: A Model for Cancer Treatment Centers. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 20, n. 3, p. 961–969, 2019. Disponível em: <[http://journal.waocp.org/article\\_82279.html](http://journal.waocp.org/article_82279.html)>. Acesso em: 16 ago. 2019.

YUAN, Q.; et al. Hepatitis B vaccination coverage among health care workers in China. **PLoS ONE**, v. 14, n. 5, p. e0216598, 2019. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0216598>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ZAVAREZE, T.E.; CRUZ, R.M. Instrumentos de medida de clima de segurança no trabalho: uma revisão de literatura. **Arq. bras. psicol.**, v. 62, n. 2, p. 65-77, 2010.

ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology**, v. 65, n. 1, p. 96-102, 1980. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/1981-04584-001>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ZOHAR, D.; et al. Modifying head nurse messages during daily conversations as leverage for safety climate improvement: a randomised field experiment. **BMJ Quality & Safety**. v. 26, n. 8, p. 653–662, 2017. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/content/26/8/653>>. Acesso em: 15 out. 2019.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Etiane de Oliveira Freitas

**Título do Projeto:** Clima de segurança e acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar.

Pelo presente documento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada, sem constrangimento ou coerção, sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado **CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM AMBIENTE HOSPITALAR** com o objetivo principal de “Verificar a relação entre clima de segurança e a ocorrência de acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar”. Além de caracterizar os profissionais de enfermagem quanto aos dados sociodemográficos, laborais e a ocorrência de acidentes de trabalho; avaliar a percepção de clima de segurança na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar; verificar associações entre clima de segurança e as características sociodemográficas e laborais dos profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar.

Estou de acordo com a utilização dos dados obtidos através do questionário que eventualmente poderão ser propostos, discutidos e apresentados em eventos e divulgados. Fui igualmente informado de:

- Garantir o recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a cerca de procedimentos, riscos, benefícios entre outros assuntos relacionados à pesquisa;
- Liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo;
- Garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados, e as informações obtidas apenas serão utilizadas para fins científicos;
- As respostas terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome do entrevistado;
- As informações colhidas, por meio do questionário, serão utilizadas para atender aos fins dessa pesquisa;

- A princípio, pesquisa não apresenta risco físico, entretanto as questões do questionário podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos. Caso mobilize realmente esse desconforto, a coleta de dados com esse participante ficará suspensa, conforme acordo previamente estabelecido com a pesquisadora, sendo, caso necessário, a pesquisadora encaminhará os sujeitos para o serviço de psicologia do Hospital Universitário de Santa Maria;
- O estudo poderá trazer possíveis benefícios aos participantes da pesquisa como melhorias no contexto de trabalho da enfermagem no local do estudo;
- Os dados oriundos do questionário ficarão de posse do pesquisador responsável pelo prazo de cinco (05) anos, na sala 1339, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde – UFSM, ficando sob responsabilidade das pesquisadoras, e após serão destruídos na forma de incineração.

Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, eu, ....., aceito participar da pesquisa proposta e autorizo a utilização das minhas respostas ao questionário como dados de pesquisa, conforme consta neste documento. Este documento consta de duas páginas e será mantida uma cópia com o participante da pesquisa e uma cópia com o pesquisador responsável. Resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria, RS .....de .....de 20.....

Nome do participante:.....

Assinatura: .....

Assinatura do responsável pela pesquisa: Y. Oliveira de O. Freitas  
 Telefone para contato: 3220-8263

**APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do Projeto:** Clima de segurança e acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar.

**Pesquisador responsável:** Profª Enfª Drª Etiane de Oliveira Freitas

**Instituição/Departamento:** Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM).

**Telefone para contato:** 3220-8263

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria/RS.

A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos participantes envolvidos, cujos dados serão coletados por meio da aplicação de um questionário entregue diretamente aos participantes. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima, sendo guardadas em um armário de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Santa Maria, RS, ..... de ..... 20.....

.....

Assinatura do responsável pela pesquisa

---

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria -7o andar - Cep: 97105-900 - Santa Maria, RS - Tel.: (55)32209362 - E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS,  
LABORAIS E DE ACIDENTES/DOENÇAS DO TRABALHO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORAIS E DE  
ACIDENTES/DOENÇAS DO TRABALHO**

**BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO**

<b>A1.</b> Nº do Instrumento: _____	A1. _____
<b>A2.</b> Data da Coleta de Dados: ____/____/____	A2. _____

**BLOCO B – SOCIODEMOGRÁFICO**

<b>B1.</b> Data de Nascimento: ____/____/____	B1. _____
<b>B2.</b> Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	B2. _____
<b>B3.</b> Estado Civil: (1) Com companheiro (a) (2) Sem companheiro (a)	B3. _____
<b>B4.</b> Possui filhos: (1) Não (2) Sim	B4. _____
<b>B4a.</b> Se sim. Quantos? _____	B4a. _____
<b>B5.</b> Categoria profissional: (1) Auxiliar de enfermagem (2) Técnico (a) de enfermagem (3) Enfermeiro (a)	B5. _____

**BLOCO C – LABORAIS**

<b>C1.</b> Nível de escolaridade (maior titulação): (1) Ensino Médio (2) Graduação (3) Pós-Graduação	C1. _____
<b>C2.</b> Vínculo empregatício: (1) RJU (2) CLT	C2. _____
<b>C3.</b> Carga horária semanal na Instituição: _____	C3. _____
<b>C4.</b> Tempo de atuação na Instituição: _____	C4. _____
<b>C5.</b> Turno de trabalho: (1) Diurno (2) Noturno (3) Misto	C5. _____
<b>C6.</b> Setor de trabalho: _____	C6. _____
<b>C7.</b> Tempo de atuação no setor: _____	C7. _____
<b>C8.</b> Você adere ao esquema de vacinação recomendado para trabalhadores da área da saúde? (1) Não (2) Sim	C8. _____
<b>C9.</b> Possui outro emprego: (1) Não (2) Sim	C9. _____
<b>C9a.</b> Se sim. Qual a carga horária semanal? _____	C9a. _____



## **ANEXOS**

**ANEXO A – ESCALA DE CLIMA DE SEGURANÇA NO TRABALHO HOSPITALAR (CLIMASEG-H).**

**ESCALA DE CLIMA DE SEGURANÇA NO TRABALHO HOSPITALAR (CLIMASEG-H)**

Leia atentamente cada item abaixo e assinale com um “X” a alternativa que melhor retrate o seu ambiente de trabalho.

(continua)

<b>Afirmações</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo Nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	
<b>E1.</b> Investigações acerca de acidentes relatados são prioridades onde eu trabalho.	1	2	3	4	5	E1. _____
<b>E2.</b> Na minha unidade, as políticas de segurança estão sempre disponíveis por escrito.	1	2	3	4	5	E2. _____
<b>E3.</b> Na minha unidade, são tomadas todas as medidas necessárias para minimizar tarefas ou procedimentos perigosos.	1	2	3	4	5	E3. _____
<b>E4.</b> Na minha unidade, está disponível uma cópia do manual de segurança do hospital.	1	2	3	4	5	E4. _____
<b>E5.</b> Exposição a sangue/fluidos corporais de pacientes com HIV/AIDS são sempre investigadas.	1	2	3	4	5	E5. _____
<b>E6.</b> Onde eu trabalho, os empregados são encorajados a dar sugestões para aprimorar a segurança.	1	2	3	4	5	E6. _____
<b>E7.</b> Os funcionários são encorajados a se engajarem nas questões de saúde e segurança.	1	2	3	4	5	E7. _____
<b>E8.</b> Inspeções de saúde e segurança são feitas, em meu ambiente de trabalho, pelo menos uma vez ao ano.	1	2	3	4	5	E8. _____

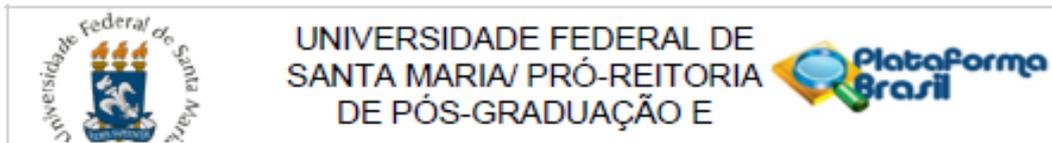
(continuação)

<b>Afirmações</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo Nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	
<b>E9.</b> O gestor da minha unidade faz a sua parte para assegurar aos funcionários proteção contra exposição a HIV/AIDS.	1	2	3	4	5	E9. ____
<b>E10.</b> Segurança é regularmente discutida em reuniões de departamento.	1	2	3	4	5	E10. ____
<b>E11.</b> Para a alta gerência de onde eu trabalho, a proteção dos funcionários contra exposição ao HIV é prioridade.	1	2	3	4	5	E11. ____
<b>E12.</b> Luvas descartáveis estão, prontamente, disponíveis no meu ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5	E12. ____
<b>E13.</b> Meu ambiente de trabalho é limpo.	1	2	3	4	5	E13. ____
<b>E14.</b> Meu ambiente de trabalho não é desorganizado (é organizado).	1	2	3	4	5	E14. ____
<b>E15.</b> Depósitos para materiais cortantes estão disponíveis na minha área de trabalho.	1	2	3	4	5	E15. ____
<b>E16.</b> Meu ambiente de trabalho não é entulhado (há apenas os objetos essenciais).	1	2	3	4	5	E16. ____
<b>E17.</b> Estou provido de todos os equipamentos necessários para me proteger de uma possível exposição ao HIV.	1	2	3	4	5	E17. ____
<b>E18.</b> Não existem conflitos no meu setor.	1	2	3	4	5	E18. ____
<b>E19.</b> Os membros da minha unidade sempre se apoiam uns aos outros.	1	2	3	4	5	E19. ____
<b>E20.</b> Eu me sinto confortável para relatar violações ao meu supervisor.	1	2	3	4	5	E20. ____
<b>E21.</b> Na minha unidade, há comunicação aberta entre o supervisor e sua equipe.	1	2	3	4	5	E21. ____

(conclusão)

<b>Afirmações</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo Nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	
<b>E22.</b> Na minha unidade, práticas de trabalho inseguras são corrigidas pelo supervisor.	1	2	3	4	5	E22. ____
<b>E23.</b> Na minha unidade, funcionários, supervisores e gerentes trabalham juntos para garantir as melhores condições de segurança.	1	2	3	4	5	E23. ____
<b>E24.</b> Tenho o apoio adequado para concluir minhas atividades com segurança.	1	2	3	4	5	E24. ____
<b>E25.</b> Meus afazeres não me atrapalham no uso de todos os equipamentos de segurança.	1	2	3	4	5	E25. ____
<b>E26.</b> Funcionários são punidos ou repreendidos quando falham nos procedimentos de prevenção.	1	2	3	4	5	E26. ____
<b>E27.</b> Meu hospital oferece treinamentos ou seminários sobre patógenos transmitidos pelo sangue.	1	2	3	4	5	E27. ____
<b>E28.</b> Eu tive a oportunidade de ser devidamente treinado para usar os equipamentos de proteção pessoal para proteção à exposição ao HIV.	1	2	3	4	5	E28. ____
<b>E29.</b> Meu supervisor frequentemente discute práticas de trabalho seguro comigo.	1	2	3	4	5	E29. ____
<b>E30.</b> Na minha unidade, a gerência incentiva os funcionários a participarem de seminários sobre segurança.	1	2	3	4	5	E30. ____
<b>E31.</b> Na minha unidade, minha submissão aos procedimentos e práticas de prevenção fazem parte da minha avaliação escrita.	1	2	3	4	5	E31. ____
<b>E32.</b> Funcionários são ensinados a serem conscientes e a reconhecerem os potenciais riscos à saúde no trabalho.	1	2	3	4	5	E32. ____

## ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CLIMA DE SEGURANÇA E ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM AMBIENTE HOSPITALAR

**Pesquisador:** ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05332818.8.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.119.834

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, de abordagem quantitativa.

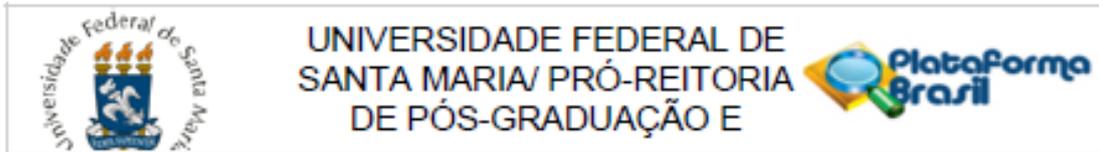
A população do estudo será constituída por todos os profissionais de enfermagem, entre eles auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros (500) que atuam em serviços que desenvolvem atividades insalubres no HUSM. Para coleta de dados será utilizado um questionário composto por dois instrumentos.

Os dados coletados serão organizados, mediante a dupla digitação independente em uma planilha eletrônica sob forma de banco de dados, utilizando-se o programa Excel, versão 2012. Posteriormente a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados será realizada no programa PASW Statistics (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0. Apresenta cronograma de execução e orçamento.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário: verificar a relação entre clima de segurança e a ocorrência de acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.119.834

**Objetivos secundários:**

- Caracterizar os profissionais de enfermagem quanto aos dados sociodemográficos, laborais e a ocorrência de acidentes de trabalho;
- Avaliar a percepção de clima de segurança na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar;
- Verificar associações entre clima de segurança e as características sociodemográficas e laborais dos profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** a princípio, pesquisa não apresenta risco físico, entretanto as questões do questionário podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos. Caso mobilize realmente esse desconforto, a coleta de dados com esse participante ficará suspensa, conforme acordo previamente estabelecido com a pesquisadora, sendo, caso necessário, encaminhados os sujeitos para o serviço de psicologia do Hospital Universitário de Santa Maria.

**Benefícios:** o estudo poderá trazer possíveis benefícios aos participantes da pesquisa como melhorias no contexto de trabalho da enfermagem no local do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, registro no GAP, termo de consentimento livre e esclarecido, instrumentos de coleta de dados.

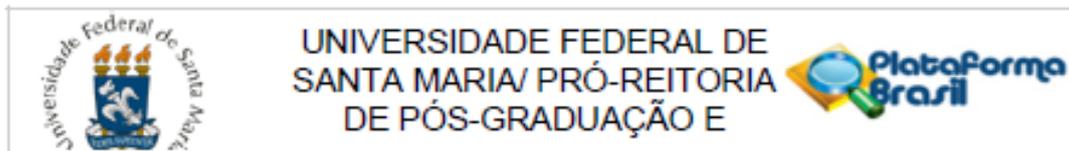
**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Se os dados coletado forem compor um banco de dados, para utilizá-los em outros estudos, esses deverão ser submetidos a apreciação do CEP.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.119.834

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1274303.pdf	11/01/2019 17:28:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/01/2019 17:26:37	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.pdf	11/01/2019 17:26:22	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/01/2019 18:04:53	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	10/01/2019 18:03:59	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Outros	AUTORIZACAOINSTITUCIONAL.pdf	10/01/2019 18:03:31	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/12/2018 09:59:22	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Outros	projetoSIE.pdf	20/12/2018 09:53:16	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GEP.pdf	20/12/2018 09:52:21	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	20/12/2018 09:48:42	ETIANE DE OLIVEIRA FREITAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 23 de Janeiro de 2019

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com