UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LETÍCIA SILVA DE SOUZA

Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais
perfurocortantes num hospital público do Estado de São Paulo

RIBEIRÃO PRETO
2016

LETÍCIA SILVA DE SOUZA

Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes num hospital público do Estado de São Paulo

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Souza, Letícia Silva de

Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes num hospital público do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

99 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

1. Segurança do paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Acidentes de trabalho. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Enfermagem.

SOUZA, Letícia

Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes num hospital público do Estado de São Paulo

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado saúde, força e sabedoria no decorrer da minha vida,

*Aos meus pais, **Maurício e Solange**, que me ensinaram tudo que sei, por seu amor incondicional e dedicação durante toda a minha vida,*

*À minha irmã, **Liliane**, por estar ao meu lado em todos os momentos,*

*Aos meus tios, **Márcia e Horizonte**, pela colaboração na reta final do meu estudo,*

*Ao **Danilo**, que permaneceu ao meu lado, ajudando-me, e me transmitindo sentimentos bons,*

*À minha orientadora, **Professora Fernanda Ludmilla Rossi Rocha** por todo o aprendizado e pela oportunidade de crescimento profissional, pessoal e intelectual,*

*Às **Professoras, Silvia, Carmen e Vivian** pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação,*

*Aos **amigos** que se fizeram presentes, pelo apoio, colaboração e compreensão durante toda a minha trajetória,*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP** e ao **Hospital Estadual de Américo Brasiliense– FAEPA**, pela oportunidade e colaboração com a realização deste estudo,*

*Ao **Hospital das Clínicas – HC/UE**, pela compreensão e colaboração com a realização deste estudo,*

*À **todos os profissionais** que disponibilizaram seu tempo e aceitaram a participar da construção deste estudo.*

Meus sinceros agradecimentos!

“Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos”.

Paulo Freire

RESUMO

SOUZA, L.S. **Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes num hospital público do Estado de São Paulo.** 2016. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

Atualmente, a avaliação do clima organizacional tem sido considerada importante ferramenta de gestão nas instituições de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o clima organizacional e a sua relação com a ocorrência de acidentes de trabalho com material perfurocortante entre os profissionais de enfermagem em um hospital público de média complexidade do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e transversal. Para a coleta de dados, foi utilizada a versão validada e adaptada para o contexto brasileiro do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – Short Form, denominada Questionário de Atitudes de Segurança – QAS. Por meio do QAS foi possível avaliar a percepção dos trabalhadores acerca do clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação profissional, percepção do estresse, ações da gerência quanto às questões de segurança e as condições de trabalho. As respostas foram dadas por meio da escala Likert de cinco pontos e o processamento e a análise dos dados foram realizados com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0. Para relacionar o clima organizacional com a ocorrência de acidentes de trabalho, inicialmente, foi realizado levantamento junto ao Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho – SESMT dos registros de acidentes de trabalho ocorridos no período 2008-2014 e foram identificados os trabalhadores de enfermagem vítimas desses acidentes. Após este levantamento, foram constituídos dois grupos: Grupo 1 – profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho envolvendo perfurocortantes; Grupo 2 – profissionais de enfermagem que não sofreram acidente de trabalho com perfurocortantes. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com testes de comparação entre as variáveis dos grupos. A amostra do estudo foi constituída por 116 participantes, técnicos de enfermagem e enfermeiros atuantes em unidades de internação hospitalar, sendo o Grupo 1 composto por 21 participantes e o Grupo 2 composto por 95 participantes. Predominaram participantes do sexo feminino, técnicos de enfermagem e profissionais com cinco a 10 anos de atuação na instituição. A percepção dos participantes quanto ao clima organizacional foi considerada desfavorável; no entanto, foi considerada satisfação no trabalho pela maioria dos participantes. Os resultados não indicaram relação direta entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortante, mas foi possível observar que o grupo que não sofreu acidentes apresentou maior satisfação no trabalho. Considera-se que este estudo permitiu ampliar o conhecimento acerca da percepção de profissionais de enfermagem sobre o clima organizacional, contribuindo para a discussão sobre formas de melhoria da assistência segura, de redução de eventos adversos e sobre a qualidade da assistência de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Acidentes de Trabalho; Agulhas.

ABSTRACT

SOUZA, L. S. **Organizational climate and occurrence of sharps injuries in a hospital in São Paulo State**. 2016 , Master's (Thesis) - Ribeirão Preto College of Nursing , University of São Paulo, Ribeirão Preto , 2016 .

Recently, evaluation of organizational climate has been considered an important management tool in health institutions. The aim of this study was to evaluate the organizational climate and its relationship with the occurrence of accidents with needlestick materials among nursing professionals in a public hospital of medium complexity in the state of São Paulo. It is a study of quantitative, descriptive and cross-sectoral approach. The instrument Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) was used - Short Form, 2006, validated and adapted version for the Portuguese language (Safety Attitudes Questionnaire - QAS). Through the areas of QAS was possible to assess attitudes about the working environment in staff, safety climate, job satisfaction, perceived stress, management actions regarding safety issues and working conditions. The answers were given by Likert scale of five points, processing and data analysis was performed with the aid of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17.0. To relate the organizational climate with the occurrence of accidents with sharps survey was carried out by the Specialized Service of Medicine and Safety - SESMT with records of work accidents in the period 2008-2014 and workers were identified nursing victims of these accidents. Constituted two groups: Group 1 - nursing professionals who were victims of work accidents involving sharps; Group 2 - nursing professionals who did not undergo occupational accidents with needlestick during the study period. After conformal groups, the data analysis was performed using descriptive statistics with correlation tests between the variables of the groups in order to analyze possible relationship between accidents and the adoption of safety measures by the professional. The study sample consisted of 116 participants, nursing technicians and nurses working in hospital units. Group 1 consisted of 21 participants and Group 2 consists of 95 participants. Predominated female participants, nursing technicians and professionals with five to 10 years of experience in this institution. The perception of the participants about the organizational climate was considered unfavorable, however it was observed that job satisfaction was evidenced by most of the participants, demonstrating how they feel during the exercise of the profession in this institution. On the relationship between organizational climate and the occurrence of accidents with needlestick materials, the results indicated no direct relationship between organizational climate and the occurrence of such accidents, however it was observed that the group that did not suffer sharps injuries was the group that presented greater job satisfaction. Thus, this study promotes the opportunity to meet the professionals' perception of the organizational climate and can contribute to improvement of safe care, reduce adverse events and improve the quality of patient care.

Keywords: Nursing; Occupational Health; Patient safety; Organizational culture; Occupational Accidents; Needlestick.

RESUMEN

SOUZA, L.S. Clima organizacional y ocurrencia de accidentes con objetos cortopunzantes en el Hospital Público del Estado de São Paulo. 2016, Disertacion de la Maestria – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

En la actualidad, la evaluación del clima organizacional ha sido considerada como una importante herramienta de gestión en las instituciones de salud.. El objetivo de este estudio fue evaluar el clima organizacional y la relación con la ocurrencia de accidentes con material corto-punzante entre los profesionales de enfermería en un hospital público de mediana complejidad en el estado de Sao Paulo. Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó el instrumento Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006, en la versión validada y adaptad para el idioma portugués (Cuestionario de actitudes de seguridad - QAS). A través de las áreas de QAS fue posible evaluar las actitudes sobre el ambiente laboral en el equipo de trabajo, el clima de seguridad, satisfacción profesional, la percepción de estrés, y las acciones de la gerencia en relación con los temas de seguridad y condiciones de trabajo. Las respuestas fueron obtenidas utilizando la escala Likert de cinco puntos, el procesamiento y análisis de datos se realizó con la ayuda del paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 17.0. Para relacionar el clima organizacional con la ocurrencia de accidentes con objetos corto punzantes fue llevada a cabo una encuesta por el Servicio Especializado de Medicina y Seguridad - SESMT utilizando los registros de accidentes de trabajo en el período de 2008 a 2014, para identificar a los trabajadores de enfermería víctimas de estos accidentes. Así, se constituido dos grupos: Grupo 1 - profesionales de enfermería que fueron víctimas de accidentes de trabajo que implicaba objetos punzantes; Grupo 2 - profesionales de enfermería que no sufrieron un accidente de trabajo con material corto punzante en el período de estudio. Después de la conformación de los grupos, se realizó el análisis de los datos mediante estadística descriptiva con la prueba de correlación entre las variables de los grupos con el fin de analizar la posible relación entre los accidentes y la adopción de medidas de seguridad por parte de atención al paciente. La muestra del estudio consistió en 116 participantes, enfermería técnicos y enfermeras que trabajan en unidades de hospitalización. El grupo 1 constaba de 21 participantes y el grupo 2 estaba integrado por 95 participantes. Predominaron los participantes del género femenino, técnicos de enfermería y profesionales con cinco a 10 años de experiencia en esta institución. La percepción de los participantes sobre el clima organizacional se consideró desfavorable, sin embargo, se observó en la mayor parte de los mismos, evidencia de satisfacción en el trabajo, lo que demuestra cómo se sienten durante el ejercicio de la profesión en esta institución. Los resultados indicaron que no había relación directa entre el clima organizacional y la ocurrencia de accidentes con pinchazos de aguja, pero se observó que el grupo sufrido ningún accidente tuvieron mayor satisfacción en el trabajo. Por lo tanto, este estudio promueve la oportunidad de conocer la percepción del clima organizacional que contribuye a la mejora de una atención segura, reducir los incidentes y eventos adversos en los profesionales de salud, como el objetivo de mejorar la calidad de la atención al paciente.

Palabras clave: Enfermería; Salud ocupacional; Seguridad del paciente; Cultura de la organización; Accidente de Trabajo; Punzantes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o cargo que ocupam na instituição, o gênero, o local de atuação principal e tempo de trabalho na instituição. Interior do estado de São Paulo, 2015	46
Tabela 2 - Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do clima organizacional na instituição. Interior do estado de São Paulo, 2015	48
Tabela 3 - Domínio Clima de Trabalho em Equipe (n=21).....	49
Tabela 4 - Domínio Clima de Segurança (n=21).....	49
Tabela 5 - Domínio Satisfação no Trabalho (n=21)	49
Tabela 6 - Domínio Percepção do Estresse (n=21)	50
Tabela 7 - Domínio Percepção da Gerencia da Administração da Unidade (n=21).....	50
Tabela 8 - Domínio Percepção da Gerencia da Administração do Hospital (n=21)	50
Tabela 9 - Domínio Condições de Trabalho (n=21).....	51
Tabela 10 - Questões que não se aplicam a nenhum domínio (n=21).....	51
Tabela 11 - Domínio Clima de Trabalho em Equipe (n=95).....	52
Tabela 12 - Domínio Clima de Segurança (n=95).....	52
Tabela 13 - Domínio Satisfação no Trabalho (n=95)	53
Tabela 14 - Domínio Percepção do Estresse (n=95)	53
Tabela 15 - Domínio Percepção da Gerencia da Administração da Unidade (n=95).....	53
Tabela 16 - Domínio Percepção da Gerencia da Administração do Hospital (n=95)	54
Tabela 17 - Domínio Condições de Trabalho (n=95).....	54
Tabela 18 - Questões que não se aplicam a nenhum domínio (n=95).....	54
Tabela 19 - Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança – QAS (n=116).....	55
Tabela 20 - Questões que não se aplicam a nenhum domínio – QAS (n=116).....	55
Tabela 21 - Escores dos testes de comparação entre os grupos estudados, através dos domínios do QAS, relacionados aos intervalos obtidos, mediana, média, desvio padrão e valor <i>p</i> (n=116).....	56

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço (REASON, 2000).....	24
Figura 2 – Modelo de Acidente Organizacional de Reason, adaptado por Vicent, Adams e Stanhope (1998).....	26
Figura 3 – Distribuição dos profissionais atuantes em unidades de internação antes e após aplicação dos critérios de inclusão. Interior do Estado de São Paulo, 2015	39
Quadro1 - Domínios do QAS (CARVALHO, 2011).....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Cultura Organizacional e Clima Organizacional.....	19
2.2 Cultura de Segurança e Clima de Segurança.....	20
2.3 Segurança do Paciente	22
2.4 Modelo de Reason	24
2.5 Modelo de Vincent e colaboradores	25
2.6 Saúde do Trabalhador e os Riscos Ocupacionais.....	26
2.7 Acidente de Trabalho.....	28
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
4 MÉTODO	34
4.1 Local do estudo.....	34
4.2 Instrumento de coleta de dados	34
4.3 População e amostra	38
4.4 Coleta de dados.....	39
4.5 Análise dos dados	40
4.6 Aspectos éticos	43
5 RESULTADOS	45
5.1 Caracterização dos participantes	45
5.2 Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes.....	46
5.3 Percepção do clima organizacional	47
5.3.1 Grupo 1 - Profissionais de enfermagem vítimas de acidentes de trabalho com material perfurocortante na instituição	48
5.3.2 Grupo 2 - Profissionais de enfermagem que não sofreram acidentes com perfurocortantes.....	52
5.3.3 Testes de comparação entre os grupos	55

6 DISCUSSÃO	59
6.1 Caracterização dos profissionais	59
6.2 Ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes	59
6.3 Percepção dos trabalhadores sobre o clima organizacional.....	62
6.4 A relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes	69
6.5 Protocolo de notificação de acidentes e capacitação dos trabalhadores de enfermagem ...	70
 7 CONCLUSÕES.....	 74
 REFERÊNCIAS	 77
 APÊNDICES	 92
 ANEXOS	 95

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação visa aprofundar conhecimentos e contribuir com estudos relacionados ao mundo do trabalho. Concentra-se no cenário hospitalar e parte do pressuposto de que o hospital possui inúmeros riscos à saúde dos profissionais, além de diversas cargas de trabalho, tendo como objeto de estudo os trabalhadores de enfermagem. Representa uma pesquisa voltada para a identificação da percepção da equipe de enfermagem acerca do clima organizacional da instituição e sua relação com a ocorrência de acidentes de trabalho com perfurocortantes.

Atualmente, tem-se estudado o clima organizacional e suas consequências no ambiente profissional, acreditando-se que um clima ruim tem influência direta no desempenho de seus colaboradores.

Para Brescancini (2004, p.1):

Clima organizacional pode ser entendido como a atmosfera do ambiente de trabalho. Refere-se a uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo, permeada por referências estratégicas, organizacionais e por componentes estruturais do contexto do trabalho, que orienta e determina o comportamento de seus integrantes, criando um ambiente com características próprias.

É importante destacar que os colaboradores, individualmente, nem sempre compartilham da mesma percepção sobre a organização e seus atributos. A análise do clima dentro de uma instituição não está focada nas percepções individuais, e sim em apurar a percepção da coletividade, ou seja, conhecer o conjunto das percepções dos colaboradores (XAVIER, 2010).

Xavier (2010) considera também que a relação entre subordinados e seus gerentes está relacionada ao ambiente da organização. Um gerenciamento que não seja autoritário, no qual o gerente esteja disposto a ouvir e a trocar experiências com seus subordinados, pode fazer com que o clima organizacional seja agradável. É por este motivo que, numa mesma empresa, cada setor pode avaliar o clima organizacional de maneira diferente.

Ainda segundo o mesmo autor, torna-se de grande importância que os gestores de uma organização conheçam as pessoas, os processos grupais, o clima organizacional e o modo como essas as pessoas interagem entre si, afirmando que os estudos sobre clima organizacional são instrumentos capazes de detectar deficiências na estrutura e anomalias no

ambiente de trabalho. Buscando-se conhecer melhor a organização, estes estudos também ofereceriam subsídios para a compreensão sobre a relação entre as cargas (físicas, mentais e emocionais) e riscos potenciais de trabalho e o desgaste dos trabalhadores de enfermagem.

O processo de trabalho em saúde apresenta inúmeras situações que expõem os trabalhadores da enfermagem a um desgaste contínuo, com consequentes perdas das condições satisfatórias de vida. Estudos têm sido realizados sobre esta temática, mas apesar de identificarem os diversos fatores de risco e cargas de trabalho, em particular com o trabalho da equipe de enfermagem, não relacionam esses fatores ao clima organizacional da instituição (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA; MARTINS, 2005).

Segundo Jacques (2007), há uma associação entre a ausência e a insuficiência de controle do trabalhador sobre seu contexto de trabalho e os riscos para o desenvolvimento de problemas osteoarticulares, distúrbios gastrointestinais, alterações cardiovasculares, distúrbios de saúde mental e também a ocorrência de acidentes de trabalho.

Percebe-se que as organizações têm se preocupado mais com a saúde dos trabalhadores, buscando ações e estratégias que visam diminuir a ocorrência do absenteísmo, a rotatividade e a falta de motivação no trabalho, dentre outros fatores vistos como desencadeadores do adoecimento. Neste sentido, a organização do trabalho, o sistema hierárquico, as relações de poder e de comando, os objetivos e metas da organização, o aumento do ritmo de trabalho, entre outras variáveis, podem vir a ser causas de sofrimento, adoecimento ou acidente de trabalho (SOUZA; MORAIS, 2007).

Marziale (2002) afirma que os trabalhadores de enfermagem, durante a assistência ao paciente, estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

Segundo Batista (2015), o trabalho de enfermagem realizado no hospital apesar de ser desgastante e exaustivo, é desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com o paciente sob seus cuidados, o que pode proporcionar sentimentos como alegria, satisfação e prazer aos trabalhadores, sem os quais seria praticamente impossível exercer a profissão.

No entanto, outros autores observaram que também estão presentes os sentimentos negativos, como desespero, desesperança, frustração, desmotivação, dor e vergonha (FIDLARCZYK; SILVA, 2009).

Assim, a relação do homem com o trabalho acaba se tornando, algumas vezes, indesejada e insatisfatória, principalmente quando o trabalho passa a ser mecanicista e

realizado com foco nas normas e rotinas da instituição. Por outro lado, pode ser percebida como algo que impulsiona as pessoas, relacionada a uma hierarquia de necessidades individuais como exercer um cargo, ter reconhecimento e alcançar progresso profissional (LIMA; KURCGANT, 2009).

A satisfação com o trabalho representa um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao mesmo; quanto maior forem os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade (NUNES et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, dentre os determinantes da saúde do trabalhador estão fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida dos indivíduos. Além disso, existem os riscos ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles determinantes da organização laboral – presentes no processo de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem a relação saúde-trabalho em toda sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2008).

Segundo Matos (2007), alguns fatores podem colaborar para o desenvolvimento do estresse no trabalho: o clima organizacional, a função desempenhada, as relações pessoais, o tipo de trabalho realizado e o que determina o nível de estresse dos indivíduos é a forma como eles se relacionam com seu trabalho e como eles interagem nesse ambiente.

O mesmo autor cita ainda outros fatores que prejudicam a saúde do trabalhador: os procedimentos rígidos de trabalho, pouca autonomia do trabalhador no desenvolvimento de tarefas, ritmos acelerados de trabalho, pressão e tensão entre chefias e os subordinados, pressão para manter a produtividade, excesso de trabalho, condições inadequadas (extremos de temperatura, ruídos excessivos, iluminação e espaço físico inadequados), monotonia e fragmentação do trabalho.

Além disso, segundo alguns autores os trabalhadores de enfermagem estão, frequentemente expostos à ocorrência de acidentes de trabalho ocasionados por material perfurocortante, sobretudo devido ao número elevado de manipulação de agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados na execução dos procedimentos técnicos da assistência de enfermagem (MARZIALE, 2002; ALVES; PASSOS; TOCANTIS, 2009). Estes acidentes representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições, sendo os profissionais da enfermagem os que se encontram mais suscetíveis aos acidentes com perfurocortantes, pela própria dinâmica da assistência ao paciente, focados no "fazer" (SPAFNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008).

Considerando a importância de analisar o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com material perfurocortante nas instituições de saúde, motivamo-nos a desenvolver este estudo no intuito de responder às seguintes questões norteadoras: qual é a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o clima organizacional do referido hospital? Há relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes na instituição?

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cultura Organizacional e Clima Organizacional

Para Schein (2010, p.18), a cultura organizacional:

é um padrão de suposições básicas demonstradas, inventadas, descobertas ou desenvolvidas por um dado grupo, que ensina a lidar com seus problemas externos de adaptação e internos de integração... para ser ensinado aos novos membros do grupo como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas.

Hofstede, Hofstede e Minkov (2010) consideram as organizações como micro sociedades, do que decorre que a cultura organizacional é influenciada diretamente pela cultura da sociedade na qual a organização está inserida.

A cultura é comumente definida como uma variável mais profunda que o clima. Enquanto a cultura de uma organização se refere aos valores e às práticas que norteiam o comportamento dos trabalhadores, concedendo-lhe uma identidade própria (SILVA; ZANELLI, 2004), o clima é a atmosfera do ambiente de trabalho, percebida diariamente pelos indivíduos e intimamente ligada ao comportamento dos gestores e às ações por estes recompensadas (SCHNEIDER; SALVAGGIO; SUBIRATS, 2002).

Enquanto a cultura refere-se a um conjunto de normas, crenças, valores e mitos que define os padrões de comportamento esperados dos membros que a elas pertencem, o clima organizacional refere-se às representações compartilhadas das percepções dos membros sobre o agir da organização, construídas com base na cultura e de estabilidade menor, podendo mudar ao longo do tempo, mas permanecendo o suficiente para serem significativas aos membros da organização, pois não são características passageiras ou de estado de ânimo da organização, mas padrões de ação e reação (PUENTE-PALACIOS, 1995).

Atualmente, a cultura organizacional tem sido relacionada a diversos riscos psicossociais do trabalho, como sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e de liberdade do trabalhador, falta de satisfação e motivação no trabalho, valorização de processos de trabalho e desvalorização dos indivíduos, os quais podem determinar a saúde e o adoecimento dos trabalhadores (COX; GRIFFITHS; RIAL-GONZALEZ, 2000; TZENG; KETEFIAN; REDMAN, 2002; PETERSON; WILSON, 2002; MCDIARMID; CONDON, 2005; SHIREY, 2009; HOFSTEDE; HOFSTEDE; MINKOV, 2010; ROCHA et al., 2014).

A primeira definição sobre clima organizacional foi elaborada por Forehand e Gilmer (1964), que o definiram como um conjunto de características que distinguem as organizações, as quais são relativamente duradouras ao longo do tempo e influenciam os comportamentos dos trabalhadores.

De acordo com Luz (2003), o clima organizacional pode ser traduzido por aquilo que as pessoas costumam chamar de “ambiente de trabalho” e é característico de cada organização, resultando da superposição mútua e em diversos graus de fatores individuais, fatores estruturais formais, fatores sociais não formais e aspectos particulares da organização.

Rodriguez (2004) se refere ao conceito de clima organizacional comparando-o à atmosfera organizacional, a qual varia ao longo do tempo, a longo, médio e curto prazo, e que não é uma característica estável na organização.

Para Salazar Estrada e colaboradores (2009), definir clima organizacional envolve o tratamento de um grupo de componentes que, em conjunto, fornecem uma visão geral da organização. Como um conceito multidimensional que compreende o ambiente interno da organização, inclui: ambiente físico (espaço físico, instalações, equipamentos, temperatura); características estruturais (tamanho da organização e sua estrutura formal, estilo de gestão); ambiente social (relações e conflitos interpessoais ou entre departamentos, comunicação); características pessoais (habilidades e atitudes, motivações, expectativas); comportamento organizacional (aspectos relacionados a produtividade, absenteísmo, rotatividade, satisfação no trabalho, nível de estresse).

Segundo Chiavenato (2000), o clima organizacional está relacionado ao grau de motivação das pessoas da organização, o que quer dizer que quanto melhor for o nível de satisfação dos trabalhadores, melhor será o clima organizacional. Assim, se o clima é favorável, há uma satisfação dentro da empresa, enquanto que há uma tendência à insatisfação dos colaboradores quando o clima não está bom, podendo ocasionar estados de depressão, apatia, desinteresse e insatisfação dos colaboradores.

2.2 Cultura de Segurança e Clima de Segurança

Uma das dimensões da cultura e do clima organizacional refere-se à análise da segurança.

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (NIEVA; SORRA, 2003).

Diante da multiplicidade de definições sobre cultura de segurança, Clarke (2006) propõe a divisão em três grupos. O primeiro grupo inclui as definições relacionadas às atitudes, valores, crenças e práticas relativas à segurança no trabalho. O segundo grupo trata das definições que abordam as percepções dos profissionais sobre atitudes de segurança. O terceiro grupo é uma combinação das definições que compreendem as atitudes e as percepções dos profissionais sobre questões de segurança no ambiente laboral.

Do mesmo modo que alguns pesquisadores se referem ao conceito de cultura e clima organizacional, muitos utilizam o termo clima de segurança como sinônimo de cultura de segurança. No entanto, diversos estudiosos definem que clima de segurança não pode ser utilizado como sinônimo de cultura de segurança, pois a cultura engloba o clima. Além disso, em suas definições não estão contidos o caráter momentâneo, instável e oscilante apontado explicita ou implicitamente na definição de clima (LUZ, 2003).

Para Sexton e colaboradores (2006), o clima é o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliadas. O clima de segurança tem caráter momentâneo, instável (LUZ, 2003) e representa a medida temporal do estado da cultura de segurança de uma instituição (GONZALEZ-ROMA et al., 1999).

Com base nesse entendimento, alguns autores afirmam que o clima de segurança pode ser definido como uma subcultura, a qual é componente da cultura de segurança da organização (GLENDON; STATON, 2000; NEAL; GRIFFIN; HART, 2000; ZOHAR, 2000; COOPER; PHILIPS, 2004) ou um reflexo da própria cultura de segurança num determinado momento (GULDENMUND, 2000).

A principal característica que os diferencia é que o clima é a medida temporal da cultura de segurança, podendo ser avaliado por meio da percepção dos profissionais (GONZÁLEZ-ROMA et al., 1999).

Flin e colaboradores (2000) definem o clima de segurança como um conjunto de crenças e percepções dos trabalhadores sobre a segurança no local de trabalho num dado momento.

O clima de segurança é uma forma específica de clima organizacional, que descreve as percepções sobre os valores de segurança (NEAL et al., 2000) e, apoiando-se nos processos

psicológicos, avalia a forma como os trabalhadores interpretam o meio organizacional (SILVA, 2004).

O clima de segurança corresponde a um nível intermediário da cultura de segurança, sendo uma manifestação temporal desta, reproduzida nas percepções compartilhadas pelos membros da organização, num determinado momento (SILVA, 2004).

Assim, o conceito de clima de segurança, à semelhança do clima organizacional, é entendido como as percepções compartilhadas sobre normas, valores, procedimentos e práticas de segurança, constituindo deste modo uma forma de manifestação da cultura de segurança num dado momento.

Principalmente a partir da última década, o termo clima de segurança ou *safety climate* tem sido amplamente discutido na literatura da área de segurança do paciente.

2.3 Segurança do Paciente

Em 1999, o relatório “*To Err is Human*” publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos trouxe à tona o conceito de eventos adversos, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde sobre a temática da segurança do paciente. Esse relatório afirmou que entre 44.000 e 98.000 pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos vítimas de iatrogenias médicas e que 7.000 desses casos estavam relacionados a erros de medicações (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Desde então, a preocupação com a segurança do paciente tem sido crescente. Em resposta a esse contexto, agências internacionais como a *United Kingdom National Health Service* – UKNHS, a *Joint Commission for the Accreditation of Health care Organizations* – JCAHO, a *Agency for Health care Research and Quality* – AHRQ e o *United States National Quality Forum* propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de cultura de segurança (NIEVA; SORRA, 2003).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde a um mínimo aceitável.

A AHRQ (2003) considera que a segurança do paciente é a ausência do potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados aos cuidados aos pacientes. Danos à saúde são os danos decorrentes ou associados a ações realizadas durante a

prestação de cuidados de saúde. Assim, erros, violações ou falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes, os quais causam danos aos pacientes (RUNCIMAN, 2009).

Leape e Berwick (2005) consideram a segurança do paciente como a prevenção de danos causados por erros relacionados ao cuidado ou pela falta destes, e afirmam que ela deve ser uma prioridade para as organizações de saúde.

Em 2010, Zambom, Daud-Gallotti e Novaes definiram o termo segurança do paciente como a redução dos atos inseguros nos processos assistenciais e o uso de melhores práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

A partir da importância da implementação de ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, o conceito de cultura de segurança começou a ser estudado. A cultura de segurança em hospitais tem sido considerada um indicador estrutural que facilita a implementação de iniciativas para reduzir os riscos e os eventos adversos neste âmbito, que têm índices alarmantes também em hospitais brasileiros (AHRQ, 2013).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013 com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Segundo o Ministério da Saúde, a segurança do paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde, no sentido de oferecer uma assistência segura (ANVISA, 2015).

Além disso, a RDC/ANVISA nº 36/2013 regulamenta outras ações básicas para a segurança do paciente nas instituições de saúde, como a constituição de Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração de planos de segurança do paciente (ANVISA, 2013).

Outras ações são representadas pelas portarias GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013) e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013) as quais aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente: Identificação do paciente; Prevenção de úlcera por pressão; Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos; Cirurgia segura; Prática de higiene das mãos em serviço de saúde e Prevenção de quedas.

Neste contexto, pesquisas têm sido desenvolvidas no intuito de diagnosticar e avaliar a cultura de segurança do paciente; identificar as áreas de melhoria e os pontos fortes na cultura de segurança; examinar as tendências das alterações da cultura de segurança ao longo do tempo; avaliar o impacto das intervenções de segurança; realizar comparações com outras

instituições ou com outros setores da própria instituição; conscientizar os profissionais a respeito da necessidade e importância da segurança do paciente (CORREGGIO, 2012).

Para avaliar a cultura e o clima de segurança em serviços de saúde, têm sido utilizados instrumentos que possibilitam identificar fatores individuais e organizacionais relacionados à ocorrência de eventos adversos e a atitudes de segurança, os quais são baseados em modelos e teorias como o Modelo de Reason (1990) e o Modelo de Vincent e colaboradores (1998).

2.4 Modelo de Reason

Modelo de Reason tem sido o modelo de avaliação de cultura de segurança mais utilizado nos serviços de saúde (VINCENT et al., 1998). Este modelo foi criado em 1990 por James Reason e também é conhecido como “Modelo do Queijo Suíço”. O queijo suíço possui diversos furos e o modelo faz uma analogia das barreiras necessárias para evitar as injúrias ao paciente com as fatias do queijo cheia de “falhas” ou de “buracos”. Em um mundo ideal, cada camada estaria intacta. Porém, a realidade é mais parecida com fatias de queijo suíço, com muitos buracos/falhas, embora ao contrário do queijo, esses buracos estão continuamente abrindo, fechando e mudando sua localização (REASON, 1990).

A seguir, a Figura 1 mostra o Modelo do Queijo Suíço de Reason.

Figura 1 - Modelo queijo Suíço
Fonte: Reason (2000)

Em 1997, Reason contribuiu ainda mais com as pesquisas ao lançar a proposição de que fatores associados à organização e à gestão contribuem para a ocorrência de acidentes organizacionais – surge o Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais, o qual também propõe que os acidentes têm causas diversas, envolvem todos os níveis hierárquicos da organização, trazem consequências que podem atingir todos os membros e o meio ambiente

laboral e são resultados de eventos de difíceis de compreender, controlar e prever (REASON, 2000).

2.5 Modelo de Vincent e colaboradores

Baseado no Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais de Reason (1997), Vincent e colaboradores (1998) desenvolveram um modelo também adaptado para o cenário da saúde. Esse modelo foi desenvolvido como mais uma ferramenta para auxiliar a compreensão dos vários fatores envolvidos na gênese dos eventos adversos e para identificar os métodos de prevenção (VINCENT et al., 1998).

Comparando o Modelo do Queijo Suíço com o Modelo de Vincent e colaboradores (1998), observa-se que as falhas estão relacionadas a fatores como decisões gerenciais, atos inseguros e violações de regras. No entanto, estes autores incorporaram ao modelo outros fatores, denominados como fatores contribuintes. Esses fatores são componentes importantes no cenário da saúde e influenciam a prática clínica, tais como: características dos pacientes, trabalho em equipe, fatores organizacionais, ambiente de trabalho e fatores individuais dos profissionais da equipe.

No Modelo de Vincent e colaboradores (1998), os fatores contribuintes estão apresentados em ordem de importância e afetam diretamente a qualidade do cuidado. Os fatores relacionados ao paciente são as condições de saúde, personalidade e fatores sociais do paciente, assim como a qualidade da comunicação da equipe com o mesmo. Os fatores relacionados à equipe são a comunicação verbal e escrita, a supervisão e treinamento de novos membros, e a estrutura da equipe, que deve ser multiprofissional. Os fatores tecnológicos e de tarefas estão relacionados à capacidade dos profissionais em usar protocolos, bem como testar e validar resultados na prática clínica. Os fatores individuais dos profissionais representam a motivação, os conhecimentos, as habilidades e a saúde física e mental dos trabalhadores. Por último, os fatores relacionados ao ambiente de trabalho relacionam-se com a carga de trabalho, quantitativo de pessoal e combinação de competências, disponibilidade e manutenção de equipamentos e apoio administrativo e de gestão. A Figura 2, mostra o Modelo do Acidente Organizacional de Reason adaptado por Vincent, Adams e Stanhope.

Figura 2 – Modelo do acidente organizacional de Reason adaptado por Vicent, Adams e Stanhope (1998).

Fonte: Vicent, Adams e Stanhope (1998).

Foi com base nesse modelo que pesquisadores do Centro de Excelência para Segurança do Paciente, da Universidade do Texas, desenvolveram o *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short Form 2006* (SEXTON et al., 2006), instrumento cuja versão em português será utilizada neste estudo no intuito de analisar a percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o clima organizacional e verificar se há relação entre esta percepção e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes em uma instituição hospitalar.

2.6 Saúde do Trabalhador e os Riscos Ocupacionais

A Saúde do Trabalhador (ST) constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

No processo de construção da área de Saúde do trabalhador no SUS, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – NOST/SUS se expressa como uma direção para a área. Com o objetivo de orientar e instrumentalizar a efetivação das ações de Saúde do Trabalhador possui os seguintes pressupostos: universalização e equidade; integralidade das ações; direito à informação sobre a saúde; participação e controle social;

regionalização e hierarquização das ações; utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos para o desenvolvimento de ações; configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a saúde dos indivíduos submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho (BRASIL, 1998).

Curvello e Vasconcelos (2008) consideram a interdependência entre os princípios doutrinários da Constituição Federal e ressaltam a importância da integralidade das práticas em saúde, especialmente nas relações saúde-trabalho.

O conceito de integralidade em saúde do trabalhador implica em atividades de vigilância (epidemiológica e sanitária), de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos do trabalho. Além disso, o conjunto de atividades integralizadas abrange tanto a assistência quanto estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 1990).

No entanto, apesar de os novos conceitos em saúde estarem bem defendidos e consolidados em bases teóricas, a integralidade no campo das relações saúde-trabalho é desprezada, reduzindo-se na implementação de políticas e não nas práticas em saúde (CURVELLO; VASCONCELLOS, 2008).

De acordo com os mesmos autores, a integralidade foi tema de destaque na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2005, em que um de seus três eixos temáticos foi "Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado na Saúde do Trabalhador" e também está presente na própria denominação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador).

A Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) nasceu da necessidade de garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e para a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde e integridade física e mental. A Política tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde (BRASIL, 2006).

O Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011, da PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011).

Pensar na saúde dos trabalhadores de saúde se faz necessário diante do fato de que os profissionais de enfermagem que trabalham nas instituições hospitalares estão expostos a diversos riscos de adoecimento relacionados à realização de árduas jornadas de trabalho e por serem submetidos a situações de estresse, fatores que causam danos físicos e psíquicos aos trabalhadores (BALSAMO, 2006).

Os profissionais da saúde estão expostos cotidianamente a riscos ocupacionais como riscos biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos e a uma série de cargas de trabalho que geram desgastes podendo influenciar na ocorrência de acidentes de trabalho. Esses acidentes, ocasionados por material perfurocortante representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições, além de oferecerem grandes riscos de contaminação e gerarem desgastes físico e mental (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; ZAPAROLLI; MARZIALE, 2006).

2.7 Acidente de Trabalho

Acidente de trabalho (AT) é o evento súbito, ocorrido no exercício de atividades laborais, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acometido, que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente, a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade laboral (BRASIL, 2006).

Segundo dados da Previdência Social, no período entre 2004 a 2008, foram evidenciados 2.884.798 acidentes de trabalho no Brasil. Estima-se que tais eventos possam ter custado o equivalente a mais de 4% do Produto Interno Bruto – PIB do país anualmente (BRASIL, 2010). A Previdência Social também mostra dados mais atualizados acerca dos AT, referente aos anos de 2012 a 2014, onde foram identificados 2.143.784 AT no Brasil (BRASIL, 2014).

O Ministério do Trabalho e Emprego classifica o AT como um evento adverso, uma vez que sua ocorrência pode resultar em dano à saúde ou à integridade física dos trabalhadores. Por sua vez, os eventos adversos são definidos como qualquer ocorrência de natureza indesejável relacionada direta ou indiretamente ao trabalho (BRASIL, 2010).

A maioria dos eventos adversos são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e estão relacionados a fatores de risco presentes nos sistemas de produção. Portanto, a partir

da análise desses eventos, ampliamos as possibilidades de prevenção dos mesmos (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que, diferentemente desta definição e em relação à segurança do paciente, a ANVISA define evento adverso (EA) como qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente (ANVISA, 2002), o que não tem relação com a saúde dos trabalhadores.

Dentre os acidentes que podem ocorrer no ambiente hospitalar, os que envolvem os materiais perfurocortantes têm sido reconhecidos como um dos principais problemas de exposição para os trabalhadores da saúde (BALSAMO; FELLI, 2006).

De acordo com Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), os principais objetos causadores de acidentes perfurocortantes são as agulhas e merece destaque não somente o manuseio destes materiais, mas a maneira e seu local de descarte, uma vez que muitos acidentes ocorrem neste momento.

Diversas variáveis contribuem para a ocorrência de acidentes com a equipe de enfermagem, como: falta de capacitação, inexperiência, indisponibilidade de equipamento de segurança, cansaço, dupla jornada de trabalho, distúrbios emocionais, excesso de autoconfiança, falta de organização do serviço, trabalho em turnos, desequilíbrio emocional em situações de emergência, tecnologia crescente de alta complexidade (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Em relação à minimização do risco de ocorrência de acidentes, as medidas mais conhecidas para evitar acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes são as medidas de biossegurança contidas nas Precauções Padrão, as quais têm a Educação Permanente como uma importante aliada (PACHECO, 2012).

As Precauções Padrão fazem parte das normas de biossegurança e consistem em atitudes que devem ser tomadas por todo trabalhador de saúde durante a assistência prestada a qualquer paciente com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos. Dentre as orientações contidas nas Precauções Padrão, consideram-se duas como centrais: o uso dos equipamentos de proteção individuais – EPI ao realizar procedimentos e o manejo adequado de perfurocortantes (SIEGEL et al., 2007).

Segundo Marziale e colaboradores (2010), a melhor estratégia para minimizar a ocorrência dos acidentes com lesões percutâneas é a adoção de programas preventivos centrados na prevenção primária, efetuada por meio da análise das práticas de trabalho, da identificação dos riscos ocupacionais e do controle de engenharia e ergonomia dos instrumentos e materiais que impedem a ocorrência dessas lesões.

A mesma autora mostra que, nos Estados Unidos, a estratégia inicial usada para a prevenção da exposição a sangue e a outros fluidos corpóreos foi a introdução de intervenções de prevenção como: adoção das precauções padrão, fornecimento de EPI a todos os trabalhadores, padronização sobre o local e descarte de materiais perfurocortantes, lavagem correta das mãos, treinamento e programas de educação relacionados aos riscos de exposição a material biológico.

Assim, Marziale e colaboradores (2010) afirmam que as estratégias preventivas como a mudança de comportamento dos profissionais da área da saúde em relação a não encapar ativamente agulhas e descartá-las em recipientes próprios, o uso de barreiras protetoras, a implementação de dispositivos seguros e políticas de controle administrativo, podem diminuir o risco de acidentes com material perfurocortante. Nessa temática, os fatores organizacionais, comportamentais e epidemiológicos compõem os três domínios que requerem pesquisas urgentes por parte da enfermagem.

No entanto, poucos estudos discutem a relação entre questões organizacionais que podem influenciar a ocorrência de acidentes com perfurocortantes entre os profissionais de saúde e enfermagem (MARZIALE et al., 2013).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes de trabalho com material perfurocortante entre os profissionais de enfermagem em um hospital público de média complexidade.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o clima organizacional do referido hospital;
- Comparar, no período estudado, o clima organizacional do Hospital na percepção de profissionais de enfermagem que sofreram acidente de trabalho com material perfurocortante em relação àqueles que não sofreram acidente ocupacional;
- Verificar a relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes no referido serviço de saúde.

MÉTODO

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, transversal. A abordagem quantitativa é caracterizada pela coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas e os resultados analisados por meio de procedimentos estatísticos. Esta pesquisa também é considerada transversal, pois a coleta de dados ocorreu em um determinado tempo, assim apropriada para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK, 2011).

4.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital público, de média complexidade, localizado em um município do interior do Estado de São Paulo. Esta instituição foi inaugurada em julho de 2008, a partir de uma ampla reorganização e modernização de uma unidade de internação de pacientes com tuberculose desde sua fundação, em 1958. Atualmente, o hospital possui um total de 104 leitos e recebe exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Foram coletados dados somente nas alas de internação do hospital devido à especificidade do instrumento de coleta de dados utilizado, o qual foi validado em 2011 (CARVALHO, 2011), para trabalhadores da saúde atuantes em unidades de internação de instituições hospitalares. Assim, foram excluídas as unidades: bloco cirúrgico, unidade de terapia intensiva e ambulatório.

4.2 Instrumento de coleta de dados

O *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ representa um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire*– ICUMAQ, o qual é derivado de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, o *Flight Management Attitudes Questionnaire* – FMAQ. O FMAQ foi elaborado a partir de evidências de que a maior parte dos acidentes

aéreos era resultante de falhas nos aspectos interpessoais da tripulação, tais como: trabalho em equipe, liderança, comunicação e colaboração na tomada de decisão colaborativa. Pela similaridade das temáticas, identificou-se que 25% dos itens deste questionário poderiam ser utilizados nos serviços de saúde. A esses foram acrescentados novos itens formulados por discussões com os profissionais de saúde e especialistas no assunto, dando origem ao SAQ (SEXTON et al., 2006).

O SAQ foi construído e validado nos Estados Unidos da América por pesquisadores da Universidade do Texas, Centro de Excelência para Segurança do Paciente e já foi aplicado em mais de 500 hospitais do mundo, sendo considerado o instrumento mais sensível para avaliar as atitudes de segurança individuais nas instituições de saúde (SEXTON et al., 2006).

Esse instrumento está baseado em dois modelos conceituais: o modelo de Vincent para a análise de risco e segurança (1998) e modelo conceitual de Donabedian para avaliar a qualidade (1988). Foi construído para a avaliação do clima organizacional, analisando ações relacionadas à segurança do paciente nas instituições de saúde por meio da percepção dos profissionais de saúde sobre o clima organizacional (SEXTON et al., 2006). O SAQ possui seis domínios: 1. Clima de Trabalho em Equipe: considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe; 2. Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente; 3. Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho; 4. Percepção do Estresse: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho; 5. Percepção da Gerência: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo; 6. Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho.

Sexton e colaboradores (2006) discutem que há divergências na utilização dos termos clima e cultura organizacional, bem como clima de segurança e cultura de segurança e consideram mais adequado a utilização do termo clima organizacional e clima de segurança para a avaliação dos resultados obtidos por meio do SAQ, uma vez que definem clima como um aspecto mensurável da cultura de uma organização, avaliado por meio da análise das percepções dos trabalhadores sobre seu ambiente de trabalho. No entanto, muitos pesquisadores têm utilizado os termos clima e cultura como sinônimos (KATZ; KAHN, 1985; COX; FLIN, 1998).

O SAQ – *short form 2006* é a versão reduzida do SAQ (SEXTON et al., 2006). É um instrumento autoaplicável, composto por duas partes. A primeira parte é composta por 41 itens, estando 33 inseridos nos seis domínios citados anteriormente e sendo cinco itens não

pertencentes a qualquer domínio específico – o item 14 refere-se à percepção do trabalhador quando propõe sugestões relativas à segurança do paciente e os itens 33-36 estão relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e a falhas de comunicação. A segunda parte do instrumento é composta por questões relacionadas às características dos participantes (sexo, categoria profissional, tempo e unidade de atuação).

Esta versão foi validada e adaptada culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros por Carvalho (2011), sendo denominado Questionário de Atitudes de Segurança (QAS): perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado, o qual será utilizado na presente investigação e está apresentado no Anexo 1.

A resposta de cada item segue uma escala tipo Likert de cinco pontos: *discorda totalmente* (A), *discorda parcialmente* (B), *neutro* (C), *concorda parcialmente* (D), *concorda totalmente* (E). No que tange ao cálculo do escore do instrumento, a pontuação segue os itens propostos na escala, em que *discordo totalmente* equivale a 0 ponto; *discordo parcialmente* a 25 pontos; *neutro* a 50 pontos; *concorda parcialmente* equivalente a 75 pontos e *concorda totalmente* refere-se a 100 pontos.

Assim, a escala final varia de 0 a 100 pontos, sendo o menor valor, a pior percepção e o maior valor, a melhor percepção. Ao final, são considerados valores positivos para cultura de segurança a soma igual ou superior a 75 pontos. Além disso, ressalta-se que são considerados questionários válidos aqueles que apresentam taxa de resposta superior a 65%.

Destaca-se que no questionário existem as perguntas negativas, chamadas de itens reversos (itens 2, 11 e 36), que devem ser consideradas com *escores negativos ou reversos*. Os itens reversos são aqueles negativamente formulados, que devem ser recodificados de forma invertida durante a análise; portanto, quanto menor o escore, mais positiva a atitude. Por exemplo: quando uma destas questões é respondida *discordo totalmente*, durante a análise, deve-se considerá-la como *concordo totalmente* e assim é feito com os demais itens reversos (SEXTON et al., 2006; CARVALHO, 2011; BATISTA, 2015).

Para iniciar a análise do instrumento, inicialmente, deve ser feita a recodificação dos itens reversos (2, 11, 36). Após, deve-se agrupar os itens por domínios. Então, calcula-se a soma das respostas dos itens de cada domínio e divide-se o resultado pelo número de itens de cada domínio. Finalmente, deve-se agrupar todos os resultados de todos os domínios e dividir o total pelo número de itens do instrumento (SEXTON et al., 2006; CARVALHO, 2011; CAUDURO et al., 2013). O quadro 1 mostra os domínios do QAS (CARVALHO, 2011).

Quadro1. Domínios do QAS (CARVALHO, 2011).

Domínios	Descrição	Exemplo de itens
Clima de Trabalho em Equipe Itens 1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem sucedida
Clima de Segurança Itens 7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
Satisfação no Trabalho Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho	Eu gosto do meu trabalho
Percepção do Estresse Itens 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital Itens 24 a 29	Refere-se à aprovação das ações da gerencia quanto às questões de segurança	A administração está fazendo um bom trabalho
Condições de Trabalho Itens 30 a 32	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

Os itens 14, 33 ao 36 não estão presentes no Quadro 1, pois estes itens não pertencem a nenhum domínio específico citado no quadro. No presente estudo, além de analisar o clima organizacional, foi também avaliada a ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo exposição a materiais perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem, no intuito de verificar possíveis relações entre os acidentes e a adoção de medidas de segurança do paciente.

4.3 População e amostra

Atualmente, a instituição conta com 41 enfermeiros assistenciais das alas de internação, quatro enfermeiros responsáveis pela Coordenação de Enfermagem, um Enfermeiro do Trabalho, dois enfermeiros responsáveis pelo Setor de Qualidade, dois enfermeiros responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, um enfermeiro responsável pelo Gerenciamento de Riscos e 115 técnicos de enfermagem, totalizando 156 trabalhadores de enfermagem das unidades de internação. Ressalta-se que nesta instituição não há contratação de auxiliares de enfermagem.

A população foi identificada por meio da relação de trabalhadores de enfermagem fornecida pela gerência das unidades de internação. Todos os trabalhadores foram então convidados a participar do estudo.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem das unidades de internação do hospital e atuar há mais de seis meses na instituição.

Foram excluídos os profissionais de enfermagem que se encontrarem afastados de suas atividades laborais durante todo o período de coleta de dados e os colaboradores das unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e ambulatório.

Atendendo aos critérios de inclusão, participaram deste estudo 116 profissionais de enfermagem, dos quais 29 eram enfermeiros e 87 técnicos de enfermagem. Foram excluídos 18 trabalhadores que estavam afastados durante o período de coleta de dados (quatro enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem) e 11 profissionais se recusaram participar da pesquisa (três enfermeiros e oito técnicos de enfermagem). Além desses, foram excluídos cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem que trabalhavam na instituição há menos de seis meses.

Após retorno dos questionários com as respostas dos trabalhadores, verificou-se que todos (100%) apresentaram taxa de resposta superior a 65%, sendo assim incluídos na pesquisa.

A Figura 3 apresenta a composição final da amostra deste estudo.

Figura 3 - Distribuição dos profissionais atuantes em unidades de internação antes e após aplicação dos critérios de inclusão. Interior do Estado de São Paulo.

Fonte: A autora, 2015.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados durante os meses de junho a agosto de 2015, após autorização da Direção e da Coordenação de Enfermagem do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Inicialmente, todos os trabalhadores de enfermagem que atuavam nas unidades de internação do hospital foram convidados a participar do estudo, recebendo orientações sobre os objetivos e os procedimentos a serem realizados. Caso aceitassem participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice1) e respondiam ao QAS

(CARVALHO, 2011) (Anexo 1), o qual foi aplicado pelo pesquisador nos locais de trabalho e durante as jornadas de trabalho dos participantes.

Esclarecemos que o pesquisador principal deste estudo é colaborador da instituição na qual os dados foram coletados, atuando como enfermeira. No sentido de evitar qualquer constrangimento, no momento em que os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa, foi assegurado a cada um deles o direito de aceitar ou não a participação, sem prejuízo de qualquer natureza caso se neguem a participar do estudo.

Ressaltamos que a autora do QAS (CARVALHO, 2011) disponibiliza o referido instrumento para reprodução e divulgação total ou parcial por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada fonte (Anexo 2).

Terminada a coleta dos dados, foi realizado levantamento junto ao Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho – SESMT da instituição, identificando-se os registros de acidentes de trabalho ocasionados por materiais perfurocortantes ocorridos no período 2008-2014 e foram identificados os trabalhadores de enfermagem vítimas destes acidentes.

Posteriormente, foram constituídos dois grupos: **Grupo 1** – profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho envolvendo perfurocortantes no período de 2008 a 2014; **Grupo 2** – profissionais de enfermagem que não sofreram acidente de trabalho com perfurocortantes no período estudado, assim sendo possível analisar a relação entre as duas variáveis do estudo.

A finalidade deste procedimento (levantamento e divisão dos trabalhadores em grupos) foi verificar a relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes na instituição.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados por meio do QAS (CARVALHO, 2011) foram organizados em planilhas do programa *Excel for Windows*, originando uma base eletrônica de dados, a qual foi validada por meio de dupla digitação e transferida para o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS versão 17.0.

Para cada instrumento devolvido, procedeu-se a somatória dos escores atribuídos a cada questão e em cada domínio. O resultado foi dividido pelo número de questões,

resultando em um número absoluto; quando igual ou superior a 75 pontos, o clima organizacional foi considerado positivo.

No que se refere aos itens reversos, imediatamente ao serem inseridos no programa *Excel for Windows*, realizou-se a transição de respostas, ou seja, onde lê-se *discordo totalmente* passou a ler-se *concordo totalmente*. Desta forma, escores baixos indicaram baixas percepções do clima organizacional e fragilidades quanto ao conteúdo abordado.

Para análise dos dados, os trabalhadores de enfermagem foram subdivididos nos dois grupos descritos anteriormente. Esta divisão permitiu comparar a percepção do clima organizacional dos trabalhadores que sofreram AT com perfurocortantes com a percepção daqueles que não sofreram AT no hospital no período estudado.

Após conformados os grupos, a análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com testes de associação e comparação, os quais deveriam ser capazes de verificar a relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes na instituição por meio da comparação das variáveis dos grupos 1 e 2. Assim, foram realizados os testes de associação *Qui-quadrado e Exato de Fishers* e os testes *Mann-Whitney e teste t* para comparações das pontuações entre os grupos. A maioria das variáveis não apresentou distribuição normal e as variáveis que apresentaram distribuição normal foram os itens 24 a 29 do instrumento QAS.

O teste de Mann-Whitney (U), o qual foi desenvolvido primeiramente por F. Wilcoxon em 1945 para comparar tendências centrais de duas amostras independentes de tamanhos iguais. Em 1947, H.B. Mann e D.R. Whitney generalizaram a técnica para amostras de tamanhos diferentes. É indicado para comparação de dois grupos não pareados no intuito de verificar se pertencem ou não à mesma população. É usado para testar se duas amostras independentes foram retiradas de populações com médias iguais. Esse teste é, portanto, uma alternativa para o teste “t Student” para amostras independentes quando a amostra for pequena e/ou as pressuposições exigidas pelo teste “t” estiverem seriamente comprometidas (VIALI, 2008).

Assim, o teste U pode ser considerado a versão não paramétrica do teste t, para amostras independentes. Ao contrário do teste t, que testa a igualdade das médias, o teste U testa a igualdade das medianas. Os valores de U calculados pelo teste avaliam o grau de entrelaçamento dos dados dos dois grupos após a ordenação. A maior separação dos dados em conjunto indica que as amostras são distintas, rejeitando-se a hipótese de igualdade das medianas. Na verdade, verifica-se se há evidências para acreditar que valores de um grupo A são superiores aos valores do grupo B (VIALI, 2008).

A estatística U, que é a base para a decisão sobre a aceitação ou não da hipótese de nulidade, é calculada da seguinte maneira:

- É formado um conjunto W, com todos os dados das duas amostras (A e B);
- O conjunto W é ordenado de forma crescente;
- Anota-se a ordem de cada elemento deste conjunto;
- Separam-se novamente as amostras A e B;
- O valor de U é a soma das ordens da amostra A.

Quanto mais baixo for o valor de U, maior será a evidência de que as populações são diferentes.

Deste modo, o teste U cria um *ranking* (ordenação) de todos os casos (independente do grupo) e depois compara este *ranking* entre cada grupo. Observamos o *rank* médio e a soma dos *rankings* de cada grupo (MARGOTTO, 2002).

No início do estudo o pesquisador faz duas hipóteses: a primeira é a hipótese da nulidade que, na grande maioria das vezes, afirma não existir diferença entre grupos de dados. Depois, o pesquisador constrói a hipótese alternativa que, como diz o próprio nome, contradiz a primeira. Então, ele aplica o teste estatístico para decidir por uma das hipóteses. A Hipótese Nula (H_0) é, em geral, uma afirmação conservadora sobre uma situação da pesquisa. A Hipótese Alternativa (H_1) é formulada como alternativa para H_0 ; caso esta seja rejeitada H_1 passa a ser a resposta do problema investigado. Para identificar a hipótese são realizados testes estatísticos que fornecem o valor de p , que permite decidir, com base nos dados, se há evidência suficiente para rejeitar a hipótese da nulidade. Por convenção, se o p valor é menor do que 0,05 ($p < 0,05$), a hipótese da nulidade deve ser rejeitada. Em outras palavras, se $p < 0,05$, os resultados são estatisticamente significantes. O valor de p refere-se à probabilidade, que varia de 0 a 1, de se aceitar a hipótese nula como verdadeira. Um valor de p não significativo não implica que a hipótese nula seja verdadeira, mas sim, que as evidências não são suficientes para rejeitá-la (VIEIRA, 2011).

Neste estudo foram identificadas as duas hipóteses, sendo a H_0 – inferindo que não existe diferença entre os grupos estudados, e a H_1 – inferindo que o grupo que sofreu acidente de trabalho tem uma percepção menos favorável do clima organizacional em relação ao grupo que não sofreu o acidente.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi autorizado pela Direção e pela Coordenação de Enfermagem do hospital (Anexo 3) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP EERP/USP (Protocolo 39007114.2.0000.5393) (Anexo 4). Foram seguidas as normalizações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 116 trabalhadores, dos quais 21 (18,1%) compuseram o Grupo 1 (representado por trabalhadores vítimas de acidente com material perfurocortante) e 95 (81,9%) fizeram parte do Grupo 2 (caracterizado por trabalhadores de enfermagem que não haviam sofrido acidentes com material perfurocortante na instituição).

Dos 116 participantes, 87 (75%) eram técnicos de enfermagem e 29 (25%) eram enfermeiros. O Grupo 1 foi composto por 15 (71%) de técnicos de enfermagem e seis (28%) enfermeiros e o Grupo 2 foi composto por 72 (75%) técnicos de enfermagem e 23 (24%) enfermeiros. Em relação ao gênero, foi observada predominância do sexo feminino, já que 106 (91,3%) participantes eram mulheres e 10 (8,6%) eram homens. No Grupo 1, verificou-se 18 (85,7%) mulheres frente a três (14,2%) homens acidentados. Do mesmo modo, no Grupo 2, constatou-se 88 mulheres (92,6%) e sete (7,3%) homens.

Em relação à atuação profissional, foi observado que 102 (87,9%) colaboradores prestam assistência a pacientes adultos e 14 (12,0%) prestam assistência a crianças e adultos. No Grupo 1, 17 (80,9%) trabalhavam somente com pacientes adultos e quatro (19,0%) atuavam em ambas as clínicas (adulto e infantil). No Grupo 2, 85 (89%) profissionais atuavam em unidade de internação de pacientes adultos e 10 (10%) em ambas as unidades (adultos e crianças).

Considerando o tempo de atividade profissional na instituição, dos 116 profissionais, quatro (3%) trabalhavam de seis a 11 meses; 12 (10%) trabalhavam de um a dois anos; 36 (31%) trabalhavam de três a quatro anos; 53 (45%) trabalhavam de cinco a 10 anos; 11 (9%) trabalhavam de 11 a 20 anos; e nenhum participante trabalhou a mais de 20 anos na referida instituição.

No que se refere aos grupos analisados separadamente, observou-se que, no Grupo 1, nenhum profissional trabalhava na instituição de seis a 11 meses; três (14%) trabalhavam de um a dois anos; dois (9%) trabalhavam de três a quatro anos; 16 (76%) trabalhavam de cinco a 10 anos; e nenhum participante trabalhou por mais de 11 anos na instituição. No Grupo 2, quatro (4,2%) profissionais trabalhavam na instituição de seis a 11 meses; nove (9,4%) trabalhavam de um a dois anos; 34 (35,7%) trabalhavam de três a quatro anos; 37 (38,9%)

trabalhavam de cinco a 10 anos; 11 (11,5%) dos participantes trabalharam de 11 a 20 anos; e nenhum participante trabalhou por mais de 21 anos na instituição. A Tabela 1 apresenta estes dados.

Tabela 1: Características dos profissionais de enfermagem. Interior do Estado de São Paulo, 2015 (n=116).

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS	TOTAL	GRUPO 1	GRUPO 2
Cargo	n (%)	n (%)	n (%)
Técnico de enfermagem	87 (75)	15 (71,4)	72 (75,7)
Enfermeiros	29 (25)	6 (28,5)	23 (24,2)
Total	116 (100)	21 (100)	95 (100)
Gênero	n (%)	n (%)	n (%)
Homem	10 (8,6)	3 (14,2)	7 (7,3)
Mulher	106 (91,3)	18 (85,7)	88 (92,6)
Total	116 (100)	21 (100)	95 (100)
Atuação Principal	n (%)	n (%)	n (%)
Adulto	102 (87,9)	17 (80,9)	85 (89,4)
Ambos	14 (12,0)	4 (19,0)	10 (10,5)
Total	116 (100)	21 (100)	95 (100)
Tempo na instituição	n (%)	n (%)	n (%)
6 a 11 meses	4 (3,44)	0	4 (4,2)
1 a 2 anos	12 (10,64)	3 (14,2)	9 (9,4)
3 a 4 anos	36 (31,03)	2 (9,5)	34 (35,7)
5 a 10 anos	53 (45,68)	16 (76,1)	37 (38,9)
11 a 20 anos	11 (9,48)	0	11 (11,5)
21 anos ou mais	0	0	0
Total	116 (100)	21 (100)	95 (100)

5.2 Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes

Em relação à ocorrência de acidentes, no período de 2008 a 2014, foram identificados 120 acidentes com materiais perfurocortantes, ocorridos nos diferentes setores da instituição e envolvendo todas as categorias profissionais. Destes acidentes, 47 envolveram trabalhadores de enfermagem atuantes nas unidades de internação.

Dos 47 acidentes, um ocorreu com um colaborador que estava na instituição há menos de seis meses; treze colaboradores que sofreram acidentes não pertenciam mais ao quadro de funcionários da instituição; três colaboradores se recusaram a participar e dois estavam afastados do trabalho no período de coleta de dados. Todos estes trabalhadores foram excluídos do estudo. Além disso, sete acidentes aconteceram repetidas vezes. Deste modo,

foram incluídos um total de 21 (18%) colaboradores vítimas de acidente com material perfurocortante no Grupo 1.

Ressalta-se que, no ano de 2008, não foi registrado nenhum acidente com material perfurocortante na instituição envolvendo a equipe de enfermagem. Entretanto, em 2011 foi notificado o maior número de acidentes com perfurocortantes (31 acidentes) ocorrendo, a partir de então, uma diminuição desse tipo de ocorrência até o ano de 2014, quando foram notificados apenas 18 acidentes.

De acordo com os dados fornecidos pelo SESMT, observou-se que a ausência de acidentes com material perfurocortante em 2008 coincidiu com a implementação de dispositivos com sistema de segurança na instituição.

5.3 Percepção do clima organizacional

Os resultados relacionados à percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o clima organizacional da instituição são apresentados em tabelas. Assim, a Tabela 2 mostra os valores médios das respostas emitidas por todos os participantes, relacionadas a cada domínio do instrumento de coleta de dados – QAS (CARVALHO, 2011).

Nas demais tabelas (3 a 18) são apresentadas valores médios, medianas, desvio padrão, valores mínimos e máximos de cada questão (Q1, Q2, Q3 e assim sucessivamente), pertencente a cada domínio do QAS (Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção do Estresse, Percepção da Gerencia da Administração da Unidade, Percepção da Gerencia da Administração do Hospital, Condições de Trabalho), para cada grupo estudado (Grupo 1 e Grupo 2).

Além disso, as Tabelas 10 e 18 apresentam dados relacionados às questões que não se aplicam a nenhum domínio do QAS e, finalmente, a Tabela 19 e 20 mostram os escores médios de cada domínio do QAS, comparando os dois grupos estudados, sintetizando as informações contidas nas demais tabelas.

Tabela 2: Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do clima organizacional na instituição. Interior do estado de São Paulo, 2015 (n=116).

DOMÍNIOS	TAXA DE RESPOSTAS	MÉDIA
Clima de Trabalho em Equipe	81,70%	79,2
Clima de Segurança	97,20%	73,3
Satisfação no Trabalho	99,20%	81,0
Percepção do Estresse	100,0%	75,5
Percepção da Gerência da Unidade	76,80%	54,1
Percepção da Gerência do Hospital	98,30%	54,7
Condições de Trabalho	99,20%	74,0
Item 14 - percepção do trabalhador quando propõe sugestões relativas à segurança do paciente	97,60%	53,5
Item 33 - relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e às falhas de comunicação	100%	77,0
Item 34 - relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e às falhas de comunicação	100%	74,30
Item 35 - relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e às falhas de comunicação	97,60%	69,40
Item 36 - relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e às falhas de comunicação	100,0%	79,10
Total	95,63%	70,40

5.3.1 Grupo 1 - Profissionais de enfermagem vítimas de acidentes de trabalho com material perfurocortante na instituição

Fizeram parte deste grupo os 21 profissionais de enfermagem vítimas de acidentes envolvendo materiais perfurocortantes. Destaca-se que este grupo apresentou maior satisfação no domínio Clima de Trabalho em equipe e menor satisfação no domínio Percepção da Gerência da Administração do Hospital.

Tabela 3: Domínio Clima de Trabalho em Equipe (n=21).

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Total
Missing	1	1	1	1	0	0	0
Média	76,2	83,7	73,7	96,2	71,4	69,0	78,3
Mediana	75,0	75,0	75,0	100,0	75,0	75,0	83,3
Desvio padrão	20,6	14,6	30,8	9,15	31,9	28,4	13,41
Valor mínimo	25,0	50,0	0,0	75,0	25,0	25,0	54,2
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 4: Domínio Clima de Segurança (n=21).

	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Total
Missing	0	0	0	0	1	2	0	0
Média	90,4	79,7	89,2	47,6	78,7	71,0	75,0	75,7
Mediana	100,0	75,0	100,0	50,0	75,0	75,0	75,0	78,6
Desvio padrão	12,4	24,5	16,9	35,2	16,7	31,4	28,5	15,4
Valor mínimo	75,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	42,9
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,4

Tabela 5: Domínio Satisfação no Trabalho (n=21).

	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Total
Missing	0	0	0	0	0	0
Média	96,4	59,5	88,1	89,2	55,9	77,8
Mediana	100,0	75,0	100,0	100,0	75,0	80,0
Desvio padrão	8,9	37,4	23,2	26,8	34,3	15,1
Valor mínimo	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0	45,0
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 9: Domínio Condições de Trabalho (n=21).

	Q30	Q31	Q32	Total
Missing	0	1	1	0
Média	79,7	75,0	78,7	77,8
Mediana	100,0	75,0	75,0	62,5
Desvio padrão	29,1	26,9	20,3	15,8
Valor mínimo	25,0	25,0	50,0	29,2
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	87,5

Tabela 10: Questões que não se aplicam a nenhum domínio (n=21).

	Q14	Q33	Q34	Q35	Q36
Missing	0	0	0	1	1
Média	52,3	77,3	69,0	63,7	72,5
Mediana	50,0	75,0	75,0	75,0	75,0
Desvio padrão	30,5	23,5	23,5	30,8	17,9
Valor mínimo	0,0	25,0	25,0	25,0	25,0
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 16: Domínio Percepção da Gerencia da Administração do Hospital (n=95).

	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Total
Missing	6	9	0	2	1	2	0
Média	49,4	58,4	68,6	46,7	66,7	34,9	54,4
Mediana	50,0	62,5	75,0	50,0	75,0	25,0	56,2
Desvio padrão	29,6	30,1	22,7	31,7	28,2	35,9	17,3
Valor mínimo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	91,7

Tabela 17: Domínio Condições de Trabalho (n=95).

	Q30	Q31	Q32	Total
Missing	2	8	2	0
Média	77,1	69,8	72,5	73,1
Mediana	75,0	75,0	75,0	66,7
Desvio padrão	27,9	29,3	29,2	18,3
Valor mínimo	0,0	0,0	0,0	0,0
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 18: Questões que não se aplicam a nenhum domínio (n=95).

	Q14	Q33	Q34	Q35	Q36
Missing	9	2	1	4	0
Média	53,7	76,8	75,5	70,6	80,5
Mediana	50,0	75,0	75,0	75,0	75,0
Desvio padrão	31,5	27,3	21,6	27,0	15,9
Valor mínimo	0,00	0,00	0,00	0,0	25,0
Valor máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na tabela a seguir estão apresentados os escores médios, medianas, desvio padrão e valores mínimos e máximos de cada domínio do QAS dos dois grupos estudados, sintetizando as informações contidas nas tabelas anteriores.

Tabela 19: Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança – QAS (n=116).

	Clima de Trabalho em equipe		Clima de segurança		Satisfação no trabalho		Percepção do estresse		Percepção da gerência da unidade		Percepção da gerência do hospital		Condições de trabalho	
Grupos	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Média	78,3	79,3	75,7	72,7	77,8	81,7	77,4	75,1	57,9	55,1	55,5	54,1	77,8	73,1
Mediana	83,3	81,3	78,6	75	80	85	81,3	75	60	60	60	60	62,5	66,7
D. P.	13,4	12,2	15,4	13,2	15,1	15,5	19,1	23,3	21,1	18,8	20,2	16,9	15,8	18,3
V.mín.	54,2	45,8	42,9	35,7	45	30	37,5	0	30	0	20	0	29,2	0
V.máx.	100	100	96,4	96,4	100	100	100	100	95	100	95	95	87,5	100

Tabela 20: Questões que não se aplicam a nenhum domínio – QAS (n=116).

	Q14		Q33		Q34		Q35		Q36		TOTAL	
Grupos	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Média	52,3	53,7	77,3	76,8	69	75,5	63,7	70,6	72,5	80,5	69,6	70,6
Mediana	50	50	75	75	75	75	75	75	75	75	71,3	70,7
Desvio padrão	30,5	31,5	23,5	27,3	23,5	21,6	30,8	27	17,9	15,9	20,5	20,1
Valor mínimo	0	0	25	0	25	0	25	0	25	25	29,9	11,3
Valor máximo	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89,4	99,2

5.3.3 Testes de comparação entre os grupos

No intuito de comparar os grupos 1 e 2, foram realizados testes de associações - *Qui-quadrado* e *Exato de Fishers*, e testes para comparações das pontuações entre os grupos - *Mann-Whitney* e *Teste t*, já que algumas variáveis apresentaram distribuição normal (itens 24 a 29 do instrumento QAS). Não houve significância estatística em nenhuma das comparações.

A Tabela 21 mostra os resultados obtidos no teste Mann-Whitney e teste t , para comparar os grupos estudados. Destaca-se que os itens 24 a 29 do QAS apresentaram distribuição normal e, por isso foi realizado o teste t de Student.

Tabela 21: Escores dos testes de comparação entre os grupos estudados, por meio dos domínios do QAS, relacionados aos intervalos obtidos, mediana, média, desvio padrão e valor p ($n=116$).

	Grupos	N	Intervalos obtidos	Mediana	Média (DP)	Valor p
Q1_6	1	21	54,2-100,0	83,3	78,4 (13,4)	0,801*
Clima de Trabalho em equipe	2	95	45,8-100,0	81,3	79,3 (12,3)	
Q7_13	1	21	42,9-96,4	78,3	75,8 (15,4)	0,344*
Clima de segurança	2	95	35,7-96,4	75,0	72,7 (13,3)	
Q15_19	1	21	45,0-100,0	80,0	77,9 (15,1)	0,217*
Satisfação no trabalho	2	95	30,0-100,0	85,0	81,8 (15,5)	
Q20_23	1	21	37,5-100,0	81,3	77,4 (19,1)	0,945*
Percepção do estresse	2	95	0-100,0	75,0	75,1 (23,4)	
Q 24_29	1	21	29,2-91,7	54,2	58,3 (17,2)	0,304**
Percepção da gerência da unidade	2	95	0-91,7	54,2	53,1 (21,3)	
Q 24_29	1	21	20,8-91,7	54,2	55,8 (17,4)	0,729**
Percepção da gerência do hospital	2	95	8,3-91,7	54,2	54,4 (17,3)	
Q30_32	1	21	33,3-100,0	83,3	77,8 (20,3)	0,478*
Condições de trabalho	2	95	0-100,0	75,0	73,1 (23,7)	
Q14	1	21	0-100,0	50,0	52,4 (30,5)	0,792*
Questões que não se aplicam a nenhum domínio	2	86	0-100,0	50,0	53,8 (31,5)	
Q33	1	21	25,0-100,0	75,0	77,4 (23,6)	0,792*
Questões que não se aplicam a nenhum domínio	2	93	0-100,0	75,0	76,9 (27,4)	
Q34	1	21	25,0-100,0	75,0	69,0 (23,6)	0,233*
Questões que não se aplicam a nenhum domínio	2	94	0-100,0	75,0	75,5 (21,7)	
Q35	1	20	25,0-100,0	75,0	63,8 (30,9)	0,373*
Questões que não se aplicam a nenhum domínio	2	91	0-100,0	75,0	70,6 (27,0)	
Q36	1	20	25,0-100,0	75,0	72,5 (18,0)	0,062*
Questões que não se aplicam a nenhum domínio	2	95	25,0-100,0	75,0	80,5 (16,0)	

* Teste de Mann-Whitney ** Teste t de Student

Ao observar a Tabela 21, verifica-se $p=0,801$ para o domínio Clima de Trabalho em Equipe; $p=0,344$ para Clima de Segurança; $p=0,217$ para Satisfação no Trabalho; $p=0,945$ para Percepção do Estresse; $p=0,304$ para Percepção da Gerência da Unidade; $p=0,729$ para Percepção da Gerência do Hospital; $p=0,478$ para Condições de Trabalho; $p=0,792$ para o item 14; $p=0,792$ para o item 33; $p=0,233$ para o item 34; $p=0,373$ para o item 35; $p=0,062$ para o item 36. Apesar dos valores das médias e medianas apresentarem diferenças nos escores apresentados na tabela acima, quando aplicado os testes de comparação entre os grupos, o valor de p indica que não houve significância estatística para os grupos estudados.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos profissionais

Os resultados deste estudo mostraram a predominância de mulheres entre os profissionais de enfermagem (106 participantes ou 91%), reafirmando a predominância do gênero feminino em profissões da área da saúde, especialmente na Enfermagem. Sabe-se que, desde os primórdios, o cuidado ao doente é uma atividade prioritariamente exercida por mulheres (CARVALHO et al, 2015).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2015), de todos os profissionais atuando na área da saúde, metade estão na enfermagem e destes, mais de 80% são mulheres.

Em relação ao número de mulheres no mercado de trabalho na área da saúde, Spindola e Santos (2003) discutem que as mulheres conciliam o exercício profissional ao seu cotidiano de atividades domésticas, acarretando sobrecarga de trabalho e contribuindo para o desenvolvimento de estresse, de problemas de saúde e para a ocorrência de eventos adversos.

Observou-se também que a maioria dos colaboradores entrevistados presta assistência somente a pacientes adultos, somando 102 (87,9%) dos colaboradores na instituição.

E relacionado ao tempo de atuação profissional na instituição foi evidenciado 53 (45,6%) dos profissionais com o tempo de atuação na instituição entre 5 a 10 anos de serviço, mostrando que uma parte considerável da equipe de enfermagem atuante na instituição possuía experiência na área em que trabalha.

A partir dessas informações, ressalta-se a importância da atualização do conhecimento e da aquisição de novas competências pelos profissionais, que estão atuando no mercado de trabalho a alguns anos, visando o aprimoramento técnico e científico, com os avanços tecnológicos da área da saúde, de forma desempenharem suas funções com segurança e qualidade.

6.2 Ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes

A partir da divisão de grupos, foi observado que a maioria dos acidentes com perfurocortantes ocorreu entre os técnicos de enfermagem. Este resultado está diretamente

relacionado ao maior número de profissionais desta categoria participantes desta investigação (75%) e ao fato de que estes trabalhadores permanecem a maior parte do tempo na assistência direta aos pacientes, realizando procedimentos invasivos e administração de medicamentos com maior frequência no hospital estudado, apresentando, portanto, maior risco de sofrerem acidentes com materiais perfurocortantes.

Este resultado corrobora os resultados do estudo de Canini e colaboradores (2002), no qual também foi constatada maior incidência de acidentes com materiais perfucortantes entre técnicos de enfermagem. Outros estudos também evidenciaram que as categorias profissionais mais afetadas com esse tipo de evento adverso foram técnicos e auxiliares de enfermagem (CANINI et al., 2002; SEBASTIÃO; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; RIBEIRO; SHIMIZU, 2007; PAULINO; LOPES; ROLIM, 2008; SILVA et al., 2010).

Alguns estudos contrapõem esses resultados, apontando o grupo dos enfermeiros como a categoria mais acidentada, o que pode estar relacionado ao maior número de enfermeiros nas instituições estudadas e ao maior envolvimento destes profissionais no cuidado direto aos pacientes (CAMARGO et al., 2010; CORREIA et al., 2012).

Além dos técnicos de enfermagem, as mulheres também foram os profissionais mais expostos à ocorrência de acidentes com perfurocortantes na instituição estudada, já que 85,7% dos profissionais acidentados eram do sexo feminino, corroborando com os resultados de Ruiz, Barboza e Soler (2004), o qual desenvolveu estudo em um hospital geral e verificou que a incidência destes acidentes entre as mulheres foi de 75,4%. Spagnuolo, Baldo e Guerrini (2008) também verificaram que a maioria dos acidentes com perfurocortantes ocorreu com trabalhadores do sexo feminino (73,5%).

Apresentando os mesmos resultados do estudo de Moura, Gir e Canini (2006), o local de maior incidência de acidentes com materiais perfurocortantes são as enfermarias de pacientes adultos. Pode-se inferir que essas unidades apresentaram alto índice de notificações por serem locais nos quais são realizados grande número de procedimentos envolvendo a manipulação de perfurocortantes. Além disso, os mesmos autores consideram ainda que, são locais nos quais há grande número de profissionais de enfermagem, os quais enfrentam situações de tensão e estresse diariamente e, muitas vezes, convivem com a sobrecarga de trabalho, fatores que podem ocasionar cansaço e predispor à ocorrência de acidentes.

Segundo Bakke e Araujo (2010), é provável que alguns setores do hospital apresentem mais riscos que outros, variando de acordo com as atividades desempenhadas pelos trabalhadores e com a gravidade dos pacientes e das patologias neles tratadas; em seu estudo, confirmam maior incidência de acidentes na clínica médica adulta.

De acordo com Marziale e colaboradores (2007), as unidades de clínica médica, centro cirúrgico, pronto atendimento e odontologia foram os locais onde ocorreram 65% dos acidentes de trabalho em 2003.

Balsamo e Felli (2006) detectaram a unidade de emergência como o local com maior percentual de acidentes de trabalho (16,67%), seguido da Clínica Médica e da Unidade de Terapia Intensiva – UTI (com 12,5%, cada). Já Cassoli (2006) identificou que, dentre os diversos setores do hospital, o ambulatório, as enfermarias e centro cirúrgico foram os principais locais de ocorrências de acidentes de trabalho.

Confirmando os resultados encontrados neste estudo, identificamos maior índice de acidentes com pacientes da clínica médica adulta, sendo o Grupo 1 composto de 17 (81%) acidentados com pacientes adultos e quatro acidentes com crianças (19%). Apresentando menor índice de acidentes de trabalho na clínica cirúrgica pediátrica, provavelmente por ser unidade menos agitada no hospital em que se trabalha com tranquilidade (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Relacionando o tempo de atuação profissional à ocorrência de acidentes com perfurocortantes, foram detectadas 16 vítimas com o tempo de atuação na instituição entre 5 a 10 anos de serviço.

Ribeiro e Shimizu (2007) citam que trabalhadores com maior experiência, por não adotarem medidas adequadas de prevenção, ficam mais expostos à ocorrência de acidentes ocupacionais.

Moura, Gir e Canini (2006), em estudo realizado em um hospital regional no interior de Minas Gerais, identificaram o predomínio de acidentes com perfurocortantes entre profissionais da enfermagem com menos de cinco anos de serviço.

Outros autores detectaram que os acidentes foram mais frequentes com profissionais de enfermagem que atuavam há dez anos ou mais na profissão. Afirmaram ainda que os trabalhadores com maior tempo de exercício na profissão podem ter dificuldade para acatar as recomendações preconizadas pelas precauções-padrão, uma vez que elas diferem dos conceitos aprendidos durante o período de sua formação (ALVES; PASSOS; TOCANTIS, 2009).

O *Centers for Disease Control* (CDC) considera a adoção de dispositivos de segurança uma medida de fundamental importância para a redução de acidentes de trabalho (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011), dentre os quais os acidentes com materiais perfurocortantes (MARZIALE et al., 2010).

Estudo realizado em um hospital de 800 leitos no Texas (EUA) mostrou uma tendência de queda significativa na taxa de incidência dos acidentes perfurocortantes após a introdução dos dispositivos de segurança (REDDY; EMERY, 2001).

A Portaria nº 939 de 2008 do Ministério do Trabalho e Emprego dispõe sobre a obrigatoriedade de as empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes disponibilizarem implementarem dispositivos de segurança nestes materiais, além de oferecer capacitação aos trabalhadores sobre sua correta utilização (BRASIL, 2008).

6.3 Percepção dos trabalhadores sobre o clima organizacional

Em relação à percepção dos trabalhadores sobre o clima organizacional, considera-se importante uma breve discussão sobre o instrumento utilizado neste estudo para a coleta de dados – QAS (CARVALHO 2011).

O QAS (CARVALHO, 2011) representa a versão validada e adaptada culturalmente para o contexto brasileiro do SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire* (SEXTON et al., 2006). O SAQ foi construído para permitir a avaliação do clima organizacional, considerando ações relacionadas à segurança do paciente nas instituições de saúde.

Apesar de diversos estudos discutirem que o SAQ tem como finalidade a avaliação da cultura de segurança de uma organização, julgamos mais apropriada a definição de que o SAQ permite a avaliação do clima organizacional relacionado à adoção de atitudes de segurança nos serviços de saúde, baseado na descrição de Sexton e colaboradores (2006).

Isso pode ser reforçado por meio da análise dos domínios do SAQ: Clima do Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção do Estresse, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho. Estes domínios permitem conhecer a percepção dos indivíduos sobre vários aspectos do seu ambiente de trabalho e não somente em relação ao clima de segurança na organização. Além disso, verifica-se que um dos domínios representa a própria percepção dos trabalhadores sobre o clima de segurança.

Quanto aos resultados deste estudo, analisando-se o questionário como um todo, ou seja, considerando-se todos os domínios do QAS, foi observada a média de 70,4 em relação à percepção dos participantes acerca do clima organizacional da instituição. Identificou-se, assim, um clima organizacional desfavorável, visto que a média do escore final do QAS foi inferior a 75 pontos.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos com escores médios de 62,7% e 61,5%, respectivamente (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015).

Segundo Chiavenato (2000), o clima organizacional está relacionado ao grau de motivação das pessoas da organização, o que também tem relação direta com o nível de satisfação das pessoas no trabalho e, quanto maior a satisfação, melhor o clima organizacional.

Compreende-se que clima organizacional favorável também está associado à menor ocorrência de eventos adversos a menores taxas de infecção associadas aos cuidados de saúde; à diminuição do tempo de internação; à diminuição de taxas de mortalidade intra-hospitalar; à ocorrência de sepses pós-operatória; a menores taxas de rotatividade do pessoal de enfermagem (COLLA et al., 2005; PRONOVOST; SEXTON, 2005; SEXTON et al., 2006; PRONOVOST et al., 2006; HUANG et al., 2007; HUDSON et al., 2009; PETTKER et al., 2009; ROBB; SEDDON, 2010; ABSTOSS et al., 2011)

Os resultados relacionados a cada domínio do QAS mostraram que os domínios que obtiveram escores positivos foram Clima de trabalho em equipe (79,2), Satisfação no trabalho (81,3) e Percepção do estresse (75,5).

Resultados semelhantes foram identificados na pesquisa de Relihan e colaboradores (2009), com domínios positivos para Percepção do Estresse (74,7) e Clima de Trabalho em Equipe (73,7). Os estudos de Nordén-Hägg e colaboradores (2010) e Raftopoulos e colaboradores (2011) também mostraram escores positivos nos domínios Clima de Trabalho em Equipe (83,2 e 82,6, respectivamente) e Satisfação no Trabalho (82,6 e 76,2, respectivamente).

Em relação a esta pesquisa, as respostas dos participantes para o domínio Clima de Trabalho em Equipe alcançaram média de 79,2. Vale ressaltar que no item 2 (item reverso), os resultados também foram positivos (84,7).

Leape (2009) afirma que trabalhar em equipe significa trabalhar em prol de um objetivo claro, com uma equipe multidisciplinar na qual o paciente deve ser incluído como membro e onde há respeito mútuo, colaboração e liderança. Para que o clima de trabalho em equipe se torne favorável, pesquisadores sugerem uma combinação de intervenções para atender às necessidades locais, tais como mensuração do clima de trabalho, realização de treinamentos e compreensão dos planos de cuidado. Também sugerem que os membros da equipe devem estar abertos para aprender com os eventos adversos e que as atividades desempenhadas por todos devem ser coordenadas e facilitadas por meio do trabalho em equipe.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA afirma que a promoção do trabalho em equipe é possível por meio do desenvolvimento de habilidades e da melhoria do desempenho das equipes, com enfoque proativo, sistemático e organizacional, a fim de reduzir os eventos adversos (ANVISA, 2013). Assim, alguns pesquisadores concordam com esta afirmação quando mencionam que o nível de colaboração entre os membros da equipe possui grande importância e impacto na qualidade da assistência, reduz os eventos adversos e aumenta a satisfação entre os profissionais (HOFMANN; MARK, 2006; KAWANO et al., 2014).

A relação entre trabalho em equipe e satisfação no trabalho foi evidenciada nos resultados deste estudo, já que os escores médios foram positivos para ambos os domínios. Resultados semelhantes foram observados em estudos no Brasil e na Suíça, que identificaram percepção favorável para os mesmos domínios (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CADURO et al., 2015; RIGOBELLO, 2015).

Esta percepção favorável está diretamente relacionada com a qualidade da assistência, pois instituições que possuem profissionais insatisfeitos com o ambiente de trabalho apresentam maiores taxas de rotatividade e de ocorrência de eventos adversos, comprometendo a qualidade do cuidado (NEEDLEMAN et al., 2002; RIGOBELLO, 2015). Deste modo, instituições de saúde que apresentam clima de trabalho em equipe e satisfação no trabalho de modo satisfatório tendem a ter incidência menor na ocorrência de eventos adversos, trazendo grande impacto na assistência de enfermagem, e assim apresentando instituições mais satisfeitas e com indicadores menores para ocorrência de acidentes.

Ressalta-se que o domínio Satisfação no Trabalho foi o que registrou a média mais alta neste estudo (81), revelando a percepção de um clima positivo quanto dos profissionais e à satisfação geral no trabalho, conforme discutido por Relihan e colaboradores (2009). Estes fatores são determinantes para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, pois tal como refere Hoch, Pearce e Welzel (2010), os profissionais tendem a prestar cuidados e estabelecer rotinas seguras quando estão satisfeitos com o trabalho que realizam, ou seja, o profissional sente-se bem e transmite confiança e credibilidade ao paciente.

A satisfação no trabalho também influencia nos níveis de estresse e na qualidade de vida dos profissionais e, para melhorar a satisfação da equipe, é necessário mostrar que esses profissionais fazem parte do processo de trabalho e são fatores importantes na resolução de problemas dentro da instituição que trabalham (TAYLOR, 2008; RELIHAN et al., 2009).

A satisfação no trabalho também está relacionada à percepção do estresse, sendo este também um domínio avaliado pelo QAS e classificado em diversos estudos com escore

positivo (SCHEIN, 2009; SPEROFF et al., 2010; SHIE et al., 2011; SCHWENDIMANN et al., 2013). Conforme também foi classificado neste estudo, o domínio Percepção do Estresse apresenta escore positivo (75,5).

Neste sentido, escores positivos para a percepção dos trabalhadores sobre os fatores estressores no trabalho podem contribuir para a manutenção de um clima organizacional positivo. Quando analisadas as respostas neste domínio, verificou-se que os trabalhadores reconhecem que a carga excessiva de trabalho prejudica o seu desempenho (“Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” – 84,8), bem como acreditam ser menos eficientes no trabalho quando estão cansados (“Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado – 80,5), tornando-se mais susceptíveis a cometer erros em situações de emergências (“Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis” – 80,9). Porém, grande parte nega que o cansaço prejudica no seu desempenho nas situações emergenciais (“O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência” – 58%).

Os domínios nos quais foram encontrados escores inferiores a 75 pontos, indicando baixa satisfação acerca do clima organizacional na instituição estudada, foram relacionados à percepção do Clima de Segurança (73,3), da Gerência da Unidade (54,1) e do Hospital (54,7) e das Condições de Trabalho (74).

No domínio Clima de Segurança, apesar de a análise das respostas ter mostrado que a percepção dos participantes foi desfavorável, foi observado por meio de algumas questões que os trabalhadores reconheciam haver na instituição ações e atitudes voltadas à segurança do paciente: “Erros são tratados de maneira apropriada nesta área” (76,1); “Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área” (80,9); “Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente” (77,9).

No entanto, o escore médio das respostas atribuídas para a questão “A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros” (68,7) mostra a necessidade de mudança de valores relacionados à ocorrência de erros no hospital, os quais podem ainda não ser percebidos como possibilidade de aprendizado pelos coordenadores.

A afirmativa “Nesta área, é difícil discutir sobre erros” (77) – já recodificada, pois esta questão é um item reverso, está relacionada aos meios adequados para encaminhar problemas sobre a segurança do paciente, ao passo que a discussão de erros é considerada forte percepção relacionada ao adequado manejo dos possíveis erros existentes.

Assim, os resultados encontrados neste estudo demonstram certa fragilidade no Clima de Segurança, assim como também relatado por Rigobello (2015), Caduro (2015), Carvalho e Cassiani (2012). Outras pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento na Irlanda e nos Estados Unidos também obtiveram resultados que variaram de 65,9 a 79,7, respectivamente (TAYLOR, 2008; RELIHAN, et al. 2009).

De acordo com Sexton e colaboradores (2006), o clima de segurança está diretamente relacionado ao compromisso dos líderes com a segurança do paciente e com a forma como as questões de segurança são tratadas. Além disso, Hahn e Murphy (2008) também demonstraram que o clima de segurança tem forte relação com a comunicação utilizada pelos gestores, a qual deve ser aberta, de forma a valorizar a participação dos trabalhadores na promoção de ações de segurança.

Segundo Speroff e colaboradores (2010), o desenvolvimento de uma cultura organizacional que priorize a segurança é fundamental para a consolidação das estratégias de melhoria da qualidade e do clima de segurança do paciente.

Baseado na análise deste domínio ressalta-se que a prevenção dos erros relacionados à assistência está diretamente associada às notificações realizadas pelos profissionais de saúde, já que o não relato de eventos adversos pode significar a falta de uma cultura justa na instituição e ao medo da punição, da demissão e da reação dos seus líderes (NIEVA; SORRA, 2003; VICENT, 2008). Alguns autores referem que a notificação dos eventos adversos deve ser estimulada como parte de estratégia de melhoria da qualidade e segurança do paciente e não deve ser utilizada como ferramenta para punição dos profissionais (SILVA et al., 2015).

A ANVISA disponibiliza um sistema informatizado denominado NOTIVISA, desenvolvido para receber as notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária (ANVISA, 2014). Esta ferramenta eletrônica está prevista pela Portaria nº 1.660, de 22 de Julho de 2009 (BRASIL, 2009), Portaria nº 529, de 1 de Abril de 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013 da ANVISA (ANVISA, 2013). As notificações no NOTIVISA podem ser feitas por profissionais de serviços de saúde, profissionais/técnicos da própria ANVISA, profissionais de laboratórios, Universidades/Centros de pesquisa, profissionais que atuam em drogarias e farmácias, profissionais de saúde liberais e, inclusive pelos pacientes, familiares, acompanhantes, cuidadores.

Segundo Carvalho (2011), é importante priorizar as questões de segurança por meio de ações preventivas e do gerenciamento de riscos para reduzir os eventos adversos.

Quanto à percepção sobre os domínios Gerência da unidade e do hospital, foram identificados escores médios de 54,1 e 54,7, respectivamente, o que indica uma percepção desfavorável quanto a estes domínios.

As seguintes afirmativas correspondem ao domínio Percepção da Gerência da Unidade e demonstram a necessidade de mudanças relacionadas à gerência dos enfermeiros no hospital: “Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” (34,5); “Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração” (49,0); “A administração apoia meus esforços diários” (52,7); “A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente” (58,1); “A administração está fazendo um bom trabalho” (68,8); “Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos e que podem afetar meu trabalho” (71,7).

Em relação ao domínio Percepção da Gerência do Hospital, destacam-se as seguintes afirmativas: “Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração” (46,9) e “A administração apoia meus esforços diários” (49,3).

Alguns pesquisadores também obtiveram os menores escores para este domínio e afirmaram que este representa um fator determinante para a segurança do paciente, indicando a distância entre a equipe de enfermagem e os superiores hierárquicos e sugerem a criação de um ambiente de trabalho que propicie o diálogo aberto sobre os eventos adversos e não punitivo para melhorar a percepção dos profissionais quanto ao papel dos líderes organizacionais (SCOTT et al., 2003; HUANG et al., 2007; FRANCE et al., 2010; SPEROFF et al., 2010; RIGOBELLO et al., 2012).

Segundo Rigobello et al. (2012), a percepção da gerência pelo profissional é um fator importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que reflete a concordância do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente.

Carvalho e Cassiani (2002) acreditam que criar uma atmosfera positiva no ambiente de trabalho propicia um diálogo aberto sobre a ocorrência de eventos adversos e um ambiente não punitivo, ações consideradas fundamentais para implementar e manter uma cultura de segurança.

Para melhorar a relação entre a gerência e os profissionais, Carvalho e Cassiani (2012) sugerem que as instituições adotem uma cultura justa, onde as pessoas se sintam confortáveis para notificar os eventos adversos e para falar abertamente sobre o assunto.

Destaca-se que este domínio apresentou o maior número de respostas em branco, o que pode estar relacionado ao medo dos profissionais de sofrerem represálias por parte da

gerência, ou à forma na qual as questões estão alocadas no questionário (divergente do local destinado às respostas dos demais itens), dificultando seu preenchimento.

O item 14 do QAS, porém não pertencente a nenhum domínio, é composto pela seguinte afirmação: “Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração” e atingiu média de 53,5. Os itens 33 a 36, que também não pertencem aos domínios do instrumento, estão relacionados à colaboração entre os membros da equipe e às falhas de comunicação na instituição e obtiveram variação de 69,4 a 79,1 (média de 70,6).

Deste modo, verifica-se uma percepção negativa dos trabalhadores sobre estes fatores, indicando fragilidades relacionadas à participação dos trabalhadores no processo decisório, à colaboração entre os indivíduos e à comunicação na instituição.

Resultados semelhantes também foram encontrados por Barbosa e colaboradores (2015), em estudo que demonstrou que os profissionais apresentaram uma visão negativa em relação a esse item. Estudo brasileiro afirmou que as falhas na comunicação são comuns nos serviços de saúde e que resultam em atrasos no atendimento (RIGOBELLO et al., 2012).

A comunicação adequada é identificada como uma ferramenta indispensável ao bom desempenho dos profissionais, sendo que a informação deve ser transmitida sem dúvidas, de maneira clara e concisa, tanto aos profissionais quanto aos pacientes e seus familiares, garantindo a segurança em toda a assistência (ANDRADE et al., 2004).

O processo de comunicação efetivo, adotado de maneira interdisciplinar, favorece uma abordagem única relacionada à assistência em saúde e, conseqüentemente, facilita uma assistência segura, evitando informações imprecisas que possam predispor à ocorrência de eventos adversos (DORNEFELD; PEDRO, 2011).

De modo semelhante, Quitério (2014) e Nascimento (2014) reconhecem que as falhas na comunicação prejudicam a qualidade da assistência, podendo resultar na ocorrência de eventos adversos.

Deste modo, compreende-se que o clima organizacional está relacionado a diversos fatores capazes de influenciar e determinar desde o sucesso da organização até a saúde dos trabalhadores. Um dos aspectos verificados neste estudo foi a relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem.

6.4 A relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes

Em relação à ocorrência de eventos adversos, Vincent e colaboradores (1998), autores do referencial teórico que embasa o SAQ, descrevem vários fatores que influenciam a prática clínica: fatores organizacionais, tais como o clima de segurança e a moral; fatores do ambiente de trabalho, tais como os níveis de pessoal e apoio administrativo; fatores de equipes, tais como trabalho em equipe e supervisão; fatores de pessoal, tais como o excesso de confiança e ser excessivamente autoconfiante.

No intuito de verificar a relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes na instituição estudada, os trabalhadores foram divididos em dois grupos: Grupo 1 – trabalhadores que sofreram acidente com material perfurocortante e Grupo 2 – trabalhadores que não sofreram acidente. Após a coleta de dados, foram realizados os seguintes testes: teste de Mann-Whitney e teste *t* Student para analisar de forma estatística a significância e relação entre as variáveis estudadas, como foi descrito no método deste estudo. Analisando o valor de *p* dos testes de comparação não houve diferença estatística significativa entre os grupos, confirmando a hipótese de nulidade que foi inferida no início da pesquisa.

No entanto, ao analisar os domínios do QAS separadamente, comparando os grupos estudados, verificou-se que os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho apresentaram discretas diferenças estatísticas, com escore de 78,3 e 79,3 e 77,8 e 81,7, respectivamente. Assim, verificou-se maior satisfação no grupo que não sofreu acidente com material perfurocortante.

Pesquisadores afirmam que o nível de colaboração entre os membros da equipe possui forte impacto na qualidade da assistência e reduz a ocorrência de eventos adversos (HOFMANN; MARK, 2006; PROUDFOOT et al., 2007). Caduro e colaboradores (2015) afirmam ser essencial a presença do líder facilitando a comunicação entre a equipe afim de obter informações sobre situações favoráveis à ocorrência de eventos adversos.

Segundo Raftopoulos e Pavlakis (2013), uma equipe coordenada, com boa comunicação e que trabalha de forma cooperativa, produz um cuidado mais humanizado e evita situações de descontinuidade e de alto risco.

Proudfoot e colaboradores (2007) afirmam que o trabalho em equipe está associado a maior satisfação no trabalho e à melhor qualidade da assistência enquanto Taylor (2008) considera que a satisfação no trabalho é um dos fatores que auxilia na redução dos eventos

adversos e que influencia na maneira como as pessoas se sentem em relação à instituição. Chaulagain e Khadka (2012) afirmam que as instituições que possuem profissionais satisfeitos com o trabalho apresentam menores taxas de rotatividade e de eventos adversos.

Estes dados reforçam os resultados obtidos neste estudo, por meio do qual observou-se clima favorável tanto para Trabalho em Equipe como também para o domínio Satisfação no Trabalho para o grupo que não sofreu eventos adversos.

Segundo Rigobello (2015), esta percepção deve ser vista como um aspecto positivo porque a satisfação do profissional está diretamente relacionada à qualidade da assistência.

E para garantir uma melhor satisfação entre a equipe e reduzir o índice de eventos adversos nas instituições de saúde, é necessário mostrar para os profissionais que eles fazem parte do processo de trabalho e são fatores importantes na resolução de problemas dentro da instituição que trabalham (TAYLOR, 2008; RELIHAN et al., 2009).

6.5 Protocolo de notificação de acidentes e capacitação dos trabalhadores de enfermagem

A seguir apresentamos informações relacionadas à rotina de notificação dos acidentes com material perfurocortante no hospital estudado. Essas informações foram concedidas pelo SESMT do hospital a partir da solicitação de permissão para realização da pesquisa.

Com base nessas informações, foi identificado que o responsável pela notificação de ocorrência de acidentes na instituição estudada é somente o SESMT. Porém, o acidentado deve seguir o protocolo de acidente da instituição, comparecendo ao SESMT (07h00 às 17h00) para notificar o acidente e preenchendo a Comunicação de Acidente de Trabalho –CAT. Caso o acidente aconteça no período noturno aos finais de semana e feriados, o acidentado deverá comparecer ao SESMT no dia posterior para realizar a notificação do acidente.

A CAT é um documento emitido para reconhecer tanto a ocorrência de um acidente de trabalho ou de trajeto quanto a manifestação de uma doença ocupacional, devendo o acidente ser comunicado imediatamente após sua ocorrência e a CAT ser encaminhada à Previdência Social e ao Ministério do Trabalho (BRASIL, 2013).

Esse fluxograma de ações frente à ocorrência de acidentes com materiais biológicos pode ser encontrado na rede eletrônica interna do hospital. Destaca-se que todos os acidentes

com perfurocortantes devem ser notificados e cabe ao médico especialista avaliar a necessidade de realização de exames laboratoriais e o tratamento preventivo.

Marziale e Rodrigues (2002) afirmam que apesar de ser legalmente obrigatória a emissão da CAT, observa-se, na prática, a subnotificação dos acidentes de trabalho. O sistema de informação utilizado no país apresenta falha devido à concepção fragmentada das relações de saúde e trabalho, marcada por uma divisão e alienação das tarefas dos profissionais responsáveis pelo registro desse documento, os quais privilegiam o cumprimento de normas burocráticas, mas não o envolvimento profissional com a questão acidentária, levando ao sub-registro dos acidentes.

As causas da subnotificação de acidentes de trabalho, na visão de trabalhadores de enfermagem, foram atribuídas à falta de importância dada às pequenas lesões, tal como picada de agulha e o desconhecimento sobre a importância da emissão da CAT (CANINI et al., 2002). Como afirma Marziale (2003), um dos motivos que levam à subnotificação dos eventos são as formas de registro dos dados.

Em relação ao registro de acidentes ocupacionais, representava proposta inicial deste estudo a elaboração e a implementação de um protocolo eletrônico para notificação do acidente com material perfurocortante no intuito de minimizar os casos de subnotificação desses eventos. Porém, durante a realização deste estudo, foi implementado um protocolo sobre acidente ocupacional com material perfurocortante pela própria instituição, a qual pertence a um complexo hospitalar de Ribeirão Preto.

No entanto, como enfermeira da instituição estudada e diante do relato dos próprios colaboradores, verifica-se a dificuldade que os profissionais possuem quando da ocorrência de acidentes de trabalho e a falta de conhecimento dos mesmos acerca deste protocolo. Verifica-se que muitos profissionais não sabem como proceder quando sofrem um acidente e que, na maioria das ocorrências, a primeira pessoa a ser procurada para o esclarecimento das ações a serem tomadas é o enfermeiro que está no plantão.

Assim, considera-se fundamental a realização de ações de educação permanente no trabalho relacionadas à notificação de acidentes ocupacionais junto aos trabalhadores de enfermagem da instituição, o que será realizado durante as jornadas e nos locais de trabalho conforme a disponibilidade de cada colaborador, ao término deste estudo, pelo pesquisador responsável. Este processo será iniciado pelos enfermeiros da instituição e em seguida junto aos técnicos de enfermagem.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a

organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A implantação desta política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção em saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Reis e colaboradores (2012), é de extrema importância que as instituições busquem encorajar a notificação de eventos adversos com dados completos e objetivos, pois, dessa forma, estratégias de controle podem ser desenvolvidas para prevenir novos acidentes, influenciando diretamente na qualidade do atendimento. Para a ocorrência efetiva das notificações, os profissionais devem ser constantemente orientados sobre a importância dos registros, que devem ser corretas e completas, objetivas, fácil de entender e preencher.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar o clima organizacional de um hospital geral do interior do estado de São Paulo sob a perspectiva dos profissionais atuantes nas unidades de internação, por meio da aplicação do questionário QAS.

Os resultados obtidos por meio das respostas emitidas pelos trabalhadores demonstraram uma percepção desfavorável sobre o clima organizacional do hospital.

Considera-se que a importância da avaliação do clima de uma organização está na associação que existe entre o clima organizacional e diversos fatores como: formas de organização do trabalho e do gerenciamento em saúde, liderança, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho (relações com colegas e coordenadores), condições de trabalho, satisfação e motivação do trabalhador.

Além disso, o clima organizacional está relacionado a vários indicadores de qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada ao paciente, tais como: ocorrência de eventos adversos, tempo de internação, incidência de úlcera por pressão e índices de infecção hospitalar.

A análise dos resultados possibilitou identificar que as percepções negativas atribuídas ao gerenciamento na instituição (hospitalar e das unidades) apontam para um possível distanciamento entre os trabalhadores e seus supervisores; o descontentamento com a coordenação das unidades; a falta de participação dos trabalhadores no processo de tomada de decisão; a insegurança relacionada às punições por parte da gerência; a ausência de uma cultura justa na instituição.

As percepções dos trabalhadores relacionadas às condições laborais indicam a existência de inadequações relacionadas à organização do trabalho na instituição, o que exige análises do processo de trabalho da enfermagem no intuito de identificar problemas e implementar melhorias principalmente voltadas à valorização dos trabalhadores.

No entanto, apesar destas inadequações, foi constatado que a maior parte dos participantes refere satisfação no trabalho, demonstrando que o exercício da profissão na instituição gera sentimentos positivos nos profissionais de enfermagem.

Acerca da relação entre o clima organizacional e a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes, os resultados dos testes de comparação não indicaram diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores, não sendo possível constatar a influência dos

valores e práticas organizacionais sobre o comportamento dos trabalhadores frente à ocorrência de acidentes.

Entretanto, as respostas emitidas pelos trabalhadores nos domínios Clima de Satisfação no Trabalho e Trabalho em Equipe evidenciaram que o grupo que não sofreu acidente com perfurocortante foi o grupo que apresentou maior satisfação. Este resultado reforça resultados de diversos estudos nos quais foi constatado que o trabalho em equipe está associado à maior satisfação no trabalho e que instituições que possuem profissionais satisfeitos com o trabalho apresentam menores índices de ocorrência de eventos adversos.

Uma limitação observada neste estudo se refere à população estudada, pois muitos colaboradores de enfermagem que sofreram acidente de trabalho na instituição não pertenciam mais ao quadro de colaboradores durante o período de coleta de dados, limitando o número de participantes.

Sendo assim, este estudo fornece subsídios para a necessidade de reestruturação dos processos e das práticas de trabalho no ambiente hospitalar na busca pela qualidade dos serviços e pela segurança do paciente, resultando em avanços no conhecimento científico em saúde e enfermagem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

ABSTOSS, K.M., et al. Increasing medication error reporting rates while reducing harm through simultaneous cultural and system-level interventions in an intensive care unit. **BMJ Quality Safety**. n.20, p.914–922, 2011.

Agency for Healthcare Research and Quality. **Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices**. Rockville: Agency for Health care Research and Quality, 2013.

ALVES, S.S.M.; PASSOS, J.P.; TOCANTINS, F.R. Acidentes com perfuro-cortantes: uma questão de biossegurança. **Revista enfermagem UERJ**. v.17, n.3, p.373-7, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a13.pdf>>. Acesso em Agosto 2016.

ANDRADE, J.S. et al. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 5 de 2002**. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B2720-1-0%5D.PDF>>. Acesso em: 13 de Dezembro de 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº 36/2013**. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancado paciente/index.php/legislacao/item/rdc-36-de-25-de-julho-de-2014>>. Acesso em: 09 de Dezembro de 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações para notificação e gerenciamento dos dados no sistema notivisa para núcleos de segurança do paciente (NSP) e coordenações de vigilância sanitária**, 2014. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/phocadownload/Noticias/2014/cadastro%20notivisa%20anexo.pdf>>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente: Formação e Estrutura do Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Capacitação em segurança do paciente para a vigilância sanitária. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApresentacaoPNSP_Curitiba_julho_2015.pdf> 2015. Acesso em: 09 de Dezembro de 2016.

* Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso (ABNT), disponível em: <http://www.usp.br/prolam/ABNT_2011.pdf>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Ed.1. Brasília: 2013.

BAKKE, H.A.; ARAUJO, N.M.C. **Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário**. UFPB, João Pessoa, PB, Brasil. v. 20, n. 4, p. 669-676, 2010.

BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 346-353, 2006.

BARBOSA, M.H., et al. Patient safety climate in a hospital specialized in oncology. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v.17, n.4, out./dez.2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.34614>>. Acesso em 26 de maio de 2016.

BATISTA, A.C.O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Mestrado. Florianópolis, 2015. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/157311/336386.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 10 de Janeiro de 2016.

BRASIL. Cadernos saúde coletiva / Universidade Federal do Rio de Janeiro, **Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva**, v.14, n.3, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 junho 2013, seção I, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 40p., 2014. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 20 Agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. **Saúde do trabalhador: protocolos de complexidade diferenciada 2**. Brasília (DF); 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília 2004. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Brasília 2013. Disponível em <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-GM-1377_090713.pdf>. Acesso em: 09 de Dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529/2013**. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/portaria_529.pdf>. Acesso em: 09 de Dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No. 3.908 de 30 de outubro de 1998** – dispõe sobre a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.095, de 24 de setembro de 2013**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 28 de Dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.660, de 22 de Julho de 2009**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/Documentos/PORTARIA%20No1660%2022%2007%2009.pdf?id=23441&word=>>>. Acesso em: 28 de Dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC DO SUS. Doutrinas e Princípios**. Brasília/DF, 1990. Disponível em:<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 20 de Agosto de 2016.

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. **Portaria Nº 939, de 18/11/2008**. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101322A9577176D1D/p_20081118_939.pdf>. Acesso em: 15 de Julho de 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. **Guia de Análise. Acidente de Trabalho**. Brasília, 2010. Disponível em <http://www3.mte.gov.br/seg_sau/guia_analise_acidente.pdf>. Acesso em: 10 de Junho de 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, 2014**. Disponível em: <<ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEAT201418.05.pdf>>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2016.

BRESCANCINI, A.M. Insatisfeito, satisfeito e motivado. **Revista SP.GOV**, São Paulo, a. 1, n. 2, out. 2004. Disponível em: <<http://www.revista.fundap.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 Agosto de 2016.

CANINI, S.R.M.S.et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 172-178, 2002.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de Agosto 2016.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, R.E.F.L.D.; CASSIANI, S.H.D.B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 575-582, 2012.

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H. Analysis of nursing professionals' behaviors in face of erros in medication administration. **Acta Paulista Enfermagem**. v.15, n.2, p.45-54, 2002.

CASSOLI, L. M. **Acidente ocupacional com material biológico: adesão ao seguimento ambulatorial segundo as características do acidente e do acidentado**. Dissertação (Mestrado em Moléstias Infecciosas e Parasitárias) - Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias Universidade de São Paulo, São Paulo. 136 f, 2006.

CAUDURO, F.L.F. et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico: **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2015.

CAUDURO, F.L.F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba, 2013.

CHAULAGAIN, N.; KHADKA, D.K. Factors Influencing Job Satisfaction Among Healthcare Professionals At Tilganga Eye Centre. **INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC & TECHNOLOGY RESEARCH**, v. 1, n.11, 2012.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CLARKE, S. The relationship between Safety Climate and Safety Performance; a meta-analytic review. **Safety Science**, v. 44, n.6, p.537-550, 2006.

COLLA, J.B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality Safety Health Care**, v.14, p.364-6, 2005.

COFEN. Conselho federal de enfermagem. **Estatísticas 2015**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>> Acesso em: 15 de Julho 2016.

COFEN. Conselho federal de enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html> Acesso em: 20 de Julho 2016.

COOPER, M.D.; PHILIPS, R.A. Exploratory Analysis of de Safety Climate and Safety Behavior Relationship. **Journal of Safety Research**, v.35, p.497-512, 2004.

CORREGGIO, T.C. **Recomendações para utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital universitário**. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. 2012.

COX, S.; FLIN, R. Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? **Work & Stress**, v.12, n.3, p.189-201, 1998.

COX, T.; GRIFFITHS, A.; RIAL-GONZALEZ, E. Research on work-related stress. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities. **European Agency for Safety and Health at Work**, 2000.

CURVELLO, C.F.A.; VASCONCELLOS, L.C.F. **Integralidade nas relações saúde-trabalho - a doutrina desprezada. Especialização em Saúde do Trabalhador do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. **International Journal Technology Assess Health Care**, v.4, p. 487-96.1988

DORNEFELD, D.; PEDRO, E.N. A comunicação como fator de segurança no parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2011.

FIDLARCZYK, D.; SILVA, L.R. Os sentimento dos enfermeiros sore ser enfermeiro. **Revista enfermagem UFPE on line**, v.3, n.2, p.580-7, 2009.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, v. 34, n.1-3, p. 177-192, 2000. Disponível em:< <http://158.132.155.107/posh97/private/culture/common-features-Flin.pdf>>. Acesso em: 22 de setembro de 2016.

FOREHAND, G. A.; GILMER, H. B. Environmental variation in studies of organizational behavior. **Psychological Bulletin**, v.62, n. 6, p.361-382, 1964.

FRANCE, D.J. et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units. **Medical Care**, v.48, n.3, p.279-284, 2010. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20125046>>. Acesso em: 22 de setembro de 2016.

FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L; NOGUEIRA-MARTINS, L. A qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino Americano Enfermagem**, v.13, n.2, p.139-44, 2005.

GALON, T.; MARZIALE, M.H.P.; SOUZA, W.L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 1, p. 160-167, 2011.

GLENDON, A.I.; STATON, N.A. Persceptives on safety culture. **Safety Science**, v. 34, n.1-3, p.193-214, 2000.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V. et al. The validity of collective climates. **Journal Occupational and Organizational Psychology**, v.72, n. 1, p. 25-40, 1999.

GULDENMUND, F.W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n.1-3, p.215-257, 2000.

HAHN, S.E.; MURPHY, L.R. A short scale for measuring safety climate. **Safety Science**, v.46, n.7, p.1047-1066, 2008.

HOCH, J.E.; PEARCE, C.L.; WELZEL, L. Is the most effective team leadership shared? The impact of shared leadership, age diversity and coordination on team performance. **Journal of Personnel Psychology**, v.9, n.3, p. 105–116, 2010. Disponível em:< http://www.csun.edu/sites/default/files/Hoch_Pearce_Welzel_2010.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2016.

HOFMANN, D.A.; MARK, B. An investigation of relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, v. 59, p. 847-869, 2006.

HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G.J.; MINKOV, M. Cultures and organizations: software of the mind. **Intercultural cooperation and its importance for survival**, 3ed., 2010.

HUANG, D.T. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medical**, v. 35, n. 1, p. 165-76, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110876>>. Acesso em: 20 Agosto de 2016.

HUDSON, D. W. et al. A safety culture primer for the critical care clinician: The role of in patient safety and quality improvement. **Contemporary Critical Care**, v.7, p.1-13, 2009.

JACQUES, M. G. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia& Sociedade**, v. 19, n. especial, p. 112-119, 2007.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia Social das Organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

KAWANO, T. et al. Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. **Journal Anesthesiology**, v. 28, p. 467-70, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24170220>>. Acesso em: 22 setembro de 2016.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To err is human: building a safer health system. Washington: **National Academy of Institute of Sciences**, 3ed., p.287, 2000.

LEAPE, L.L.; BERWICK, D.M. Five years after To Err Is Human: what have we learned? **The Journal of the American Medical Association**, v. 293, n.19, p. 2384-90, 2005.

LEAPE, L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Quality Safety Health Care**, v.18, p.424-428, 2009.

LIMA, A.F.C; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.62, n.2, p.234-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a10v62n2.pdf>>. Acesso em: 20 Agosto de 2015.

LUZ, R. S. **Gestão do clima organizacional: proposta de critérios para metodologia de diagnóstico, mensuração e melhoria**. Estudo de caso em organizações nacionais e multinacionais localizadas na cidade do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2003.

MARGOTTO, P.R. **Entendendo Bioestatística Básica**. Boletim Informativo Pediátrico (Enfoque Perinatal), Brasília, n.65, ano 22, p.6-108, 2002. Disponível em: <www.paulomargotto.com.br>. Acesso em: 20 de Agosto de 2016.

MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfurocortante na enfermagem. Brasília – DF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.2, p.164-168, 2003.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.4, p.571-77, 2002.

MARZIALE, M.H.P. et al. Acidentes com material biológico em hospital da Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho – REPAT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo. v.32, n.115, p.109-119, 2007.

MARZIALE, M.H.P. et. al. Organizational influence on the occurrence of work accidents involving exposure to biological material. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.21, p.199-206, 2013. Número especial.

MARZIALE, M.H.P; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.1, 2004.

MARZIALE, M.P.H. et al. Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho: uma estratégia de ensino a distância. **Revista brasileira enfermagem**, v.63, n.2, Brasília 2010.

MATOS, P.P. Estresse x Trabalho. **Artigo Qualidade de Vida**, 2007. Disponível em:<http://www.rh.com.br/Portal/Qualidade_de_Vida/Artigo/4665/estresse-x-trabalho.html>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

MCDIARMID, M.A.; CONDON, M. Organizational Safety Culture/Climate and Worker Compliance With Hazardous Drug Guidelines: Lessons From The Blood-Borne Pathogen Experience. **Safety Culture and Hazardous Drugs**, v.47, n.7, p.740-749, 2005.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos e avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 393- 406, 2005.

MOURA, J. P.; GIR, E.; CANINI, S.R.M.S. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um Hospital Regional de Minas Gerais, Brasil. **Revista Ciência y Enfermeria, Concepcion**, v. 12, n. 1, p. 29-37, 2006.

NASCIMENTO, V.C. et al. Comunicação entre médicos e enfermeiros como instrumentos básico do cuidar dentro da unidade de terapia intensiva. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 18, n. 190, 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd190/comunicacao-entre-medicos-e-enfermeiros.htm>>. Acesso em: 20 junho 2016.

NEAL, A.; GRIFFIN, M.A.; HART, P.M. The impact of organizational climate and individual behavior. **Safety Science**, v. 34, p.99-109, 2000.

NEEDLEMAN, J.; et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. **New England Journal of Medicine**. United States, v. 346, p. 1715-22, 2002.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, p. 17-23, 2003.

NUNES, C.M. et.al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v.12, n.2, p.252-7, 2010. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a04.htm>. Acesso em: 20 de Agosto 2016.

PACHECO, C.S. **Acidente de trabalho na enfermagem: risco de contaminação por material perfurocortante**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4900.pdf>>. Acesso em: 20 de Agosto 2016.

PAULINO, D.C.R.; LOPES, M.V.O.; ROLIM, I.L.T.P. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza - CE. **Cogitare Enfermagem**. v.13, n.4, p.507-13, 2008.

PETERSON, M.; WILSON, J.F. The culture-work-health model and work stress. **American Journal of Health Behavior**, v.26, n.1, p.16-24, 2002.

PETTKER, C.M. et al. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.200, n.5, p.492, 2009. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19249729>>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

POCINHO, M. **Estatística II Teoria e exercícios passo-a-passo**. 2010. Disponível em: <http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica_II_com_anexos_2010.pdf> Acesso em: 15 de Dezembro de 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROUDFOOT, J. et.al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? **International Journal Quality Health Care**, v.19, n.3, p.164-9, 2007.

PROVONOST, P. et al. Toward learning from patient safety reporting systems. **Journal Critical Care**, v.21, p.305-15, 2006

PROVONOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality Safety Health Care**, v.14, p. 231-3, 2005. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744052/pdf/v014p00231.pdf>>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

PUENTE-PALACIOS, K. E. Influências das características pessoais e ambientais na avaliação do clima social do trabalho. **Revista de Administração**, v. 30, n. 3, p. 73-79, jul./set. 1995.

QUITÉRIO, L.M. **Eventos adversos causados por falhas gerenciais de comunicação em unidades de terapia intensiva**. Dissertação (mestrado) - Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, 2014. Disponível em:<<https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/1126/2/Ligia%20Maria%20Quiterio.pdf>> Acesso em: 16 de junho de 2016.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **Journal Critical Care**, v. 28, n. 1, p. 51-61. Feb. 2013.

REASON, J. Human error. New york: **Cambridge University Press**, 1990. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>>. Acesso em: 20 Agosto de 2016.

REASON, J. T. Gerenciando os riscos de acidentes organizacionais. **Ashgate Publishing, Aldershot**; 1997.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ : British Medical Journal**, v. 320, n.7237, p.768-770, 2000. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>>. Acesso em: 22setembro de 2016.

REDDY, S.G.; EMERY, R.J. Assessing the effect of long-term availability of engineering controls on needlestick injuries among health care workers: A 3-year pre implementation and pos implementation comparison. **American Journal Infectology Control**, v. 29, p. 425-427, 2001.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2199-210, 2012.

RELIHAN, E. et al. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Journal Medicine Science**, n.178, p.433-9, 2009.

RIBEIRO, E.J.G.; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 60, n.5, p. 535-540, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500010>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2016.

RIGOBELLO, M. C. G. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2015.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

SEBASTIÃO, B.A; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M. L. C. Uma revisão sobre efeitos adversos ocasionados na saúde de trabalhadores expostos à vibração. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 178-186, 2007.

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come. **Journal of the New Zealand Medical Association**, v.123, n.1313, p.66-76, 2010.

ROCHA, F.L.R. et.al. The organizational culture of a Brazilian public hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.303-9, 2014.

RODRIGUEZ, D. **Diagnóstico Organizacional**. Ediciones Universidad Católica de Chile, Chile. 6ª ed. 2004.

RUIZ, T.M.; BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. **Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral**. Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, com auxílio de Bolsa de Iniciação Científica da FAMERP, 2004. Disponível em:<<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf900/acidentes-trabalho-hospital/acidentes-trabalho-hospital.pdf>>. Acesso em: 20 Agosto de 2016.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal of Quality in Health Care**, v.21, n.1, p.18-26, 2009. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597>>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

SALAZAR ESTRADA, J.G. et al . Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales em La productividad laboral. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v. 20, n. 4, oct. 2009. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000004&nrm=isO>. Acesso em: 20 Agosto de 2015.

SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 429-433, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf>>. Acesso em: 20 de Agosto de 2016.

SCHEIN, E.H. **Cultura organizacional e liderança**. Brandão A.B., tradutor. Revisão Técnica Mariotti, H. São Paulo: Atlas; 2009.

SCHEIN, E.H. *Organizational culture and leadership*. 4th ed. San Francisco, CA: **Jossey-Bass Publishers**, 2010. Disponível em:< http://www.ehs-club.com/Files/linli_mary/file/20150211/20150211124427_6412.pdf>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

SCHNEIDER, B.; SALVAGGIO, A.N.; & SUBIRATS, M. Climate strength: a new direction for climate research. **Journal of Applied Psychology**, v.87, n.2, p.220-229, 2002.

SCHWENDIMANN, R. et.al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ QualitySafety**, v. 22, p.32-41, 2013. Disponível em: < http://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/32.abstract?ijkey=2bab5109730e2cc53c8b3f6e6c96439712867e24&keytype=tf_ipsecsha>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

SCOTT, T. et.al. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. **Health Service Residence**, v.38, n.3, p 923-945, 2003. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360923/>>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

SEXTON, J.B. et.al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **Biomedical central Health Services Research**, v.44, n.6, p.1-10, 2006. Disponível em:< <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44>>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

SHIE, H.G. et.al. Patient safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan. **Respiratory Care**, v.56, n. 12, p. 1924-9, 2011. Disponível em:<<http://rc.rcjournal.com/content/56/12/1924.full.pdf+html>>. Acesso em: 22 setembro de 2016.

SHIREY, M. R. **Stress and coping in nurse managers: a qualitative description**. Universidade Doutor em Filosofia na escola de enfermagem de Indiana [pós graduação], 2009. Disponível em:< <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/1866/MRShirey%20Dissertation%20PDF%20E%20090106%20Rev%20ii.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

SIEGEL, J.D. et.al. **The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Infection Prevention and Control Recommendations**. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 2007. Disponível em:< <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>>. Acesso: 28 de Julho de 2016.

SILVA, F.G. et al. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Revista Sobecc**, SÃO PAULO. v.20, n.4, p.202-209, 2015. Disponível em:<<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/1.pdf>>. Acesso em: 20 Agosto de 2016.

SILVA, N.; ZANELLI, J. C. Cultura Organizacional. In J. E. Borges-Andrade & J. C. Zanelli (Orgs.), Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: **Artmed**, p.407-442, 2004.

SILVA, T.R. et.al. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.31, n.4, p.615-22, 2010.

SOUZA, R.H.O; MORAIS, P.P. **Clima organizacional, índice de dor e nível de estresse em servidores da administração pública federal**. Monografia apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gestão de Pessoas da Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo. Brasília, 2007. Disponível em:<<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2055728.PDF>>. Acesso em: 15 de Julho de 2015.

SPAGNUOLO, R.S.; BALDO, R.C.S.; GUERRINI, I.A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. **Revista brasileira epidemiologia**. São Paulo. v.11, n.2, p.315-323, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de Agosto 2016.

SPEROFF, T. et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. **Quality Safety Health Care**, v. 19, n. 6, p. 592-6, 2010. Disponível em:<<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/592.full.pdf+html>>. Acesso em: 16 de Junho 2016.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.D.S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, p. 593-600, 2003.

TAYLOR, J. **Utility of patient safety case finding methods and associations among organizational safety climate, nurse injuries and errors**. Baltimore (MD): Johns Hopkins University, 2008.

TZENG, H.; KETEFIAN, S.; REDMAN, R.W. Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. **International Journal of Nursing Studies**, v.39, n.1, p.79-84, 2002.

VIALI, L. Análise Estatística Não Paramétrica. Departamento de Estatística. UFRGS, 2008. Disponível em:< http://www.mat.ufrgs.br/~viali/estatistica/mat2282/material/apostilas/Testes_Nao_Parametricos.pdf> Acesso em: 03 de agosto de 2016.

VICENT, C.A.; ADAMS, S.T.; STANHOPE, N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. **British Medical Journal**, v.316, p.1154-1157, 1998.

VICENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Tradução Rogério Videira; São Caetano do Sul. São Paulo: Yendis Editora, 2008.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. recurso digital. Rio de Janeiro: Elsevier. 4ª ed., p.345, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Bioestatistica_-Introducao_a_Bioestatistica_-_Sonia_Vieira_-_4_ed.pdf>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2016.

XAVIER, R.M. **O Clima Organizacional e suas implicações na doença do trabalhador**. Instituto Vez do Mestres. Monografia do curso Lato Sensu em Gestão de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:< http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k214950.pdf>. Acesso em: 15 Julho de 2015.

ZAMBON, L.S.; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H.M.D. Introdução à Segurança do Paciente. **Proqualis**, 2010. Disponível em:< <http://proqualis.net/aula/introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-seguran%C3%A7a-do-paciente>>. Acesso em: 15 Julho 2015.

ZAPAROLLI, A. S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira Enfermagem**, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a08v59n1.pdf>>. Acesso em: 20 de Agosto de 2016.

ZOHAR, D. A group-level model of safety climate: Testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. **Journal of Applied Psychology**, v.85, n.4, p.587-596, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “Clima organizacional e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes em um hospital público do Estado de São Paulo”, o qual será desenvolvido por mim, Letícia Silva de Souza, RG 44.558.227-3, aluna do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, orientada pela Profª.Dra.Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, RG 22.362.000-2, professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição. O objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o clima organizacional deste hospital e sobre a ocorrência de acidente com material perfurocortante. Sua participação é voluntária e consiste em responder a um questionário, com questões de marcar X, relacionadas ao seu ambiente de trabalho, às relações entre a equipe de saúde e a atitudes de segurança existentes no hospital. Estas questões são de fácil compreensão e você não gastará mais que 20 minutos para respondê-las. Seu nome não será revelado em hipótese alguma. Se você concordar em participar, o questionário será preenchido durante o seu período de trabalho, de acordo com a sua disponibilidade e sem interferir na sua dinâmica de trabalho. Se você preferir, você poderá levar o questionário para casa para preenchê-lo e entregá-lo, posteriormente, para mim, no seu local de trabalho. Depois que todos responderem ao questionário, os pesquisadores irão formar 2 grupos: um grupo de trabalhadores de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho com perfurocortantes no hospital no período de 2008 a 2014 e um grupo de trabalhadores que nunca sofreram acidentes de trabalho. Para isso, iremos verificar no Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT se você já sofreu algum acidente de trabalho aqui neste hospital. Esta divisão de grupos tem o objetivo de comparar a percepção do clima organizacional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que já sofreram acidentes com a percepção de quem nunca sofreu acidente de trabalho. Sua participação não trará benefícios diretos para você nesse momento, mas no futuro, os resultados poderão contribuir para que possamos entender melhor o seu ambiente de trabalho e para propor ações voltadas à sua segurança e à segurança do paciente. Quando você estiver preenchendo o questionário, algumas questões podem levar você a refletir sobre o seu trabalho e sobre as relações com a equipe de saúde. Além disso, teremos que saber se você já sofreu algum acidente de trabalho com materiais perfurocortantes no hospital. Isso poderá lhe causar incômodo ou desconforto, o que pode ser um possível risco por você estar participando da pesquisa. Caso se sinta incomodado, se recuse a participar deste estudo ou interrompa sua participação a qualquer momento, você não terá qualquer prejuízo em seu ambiente de trabalho. Também esclarecemos que você tem direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nesta pesquisa, caso venha a sofrer qualquer dano decorrente de sua participação.

Este termo de consentimento é apresentado a você em duas vias, ambas assinadas por você e pelas pesquisadoras. Uma dessas vias será sua e você poderá utilizá-la caso queira fazer contato conosco para qualquer esclarecimento, por meio do endereço e telefone informados. A outra via será arquivada pelo pesquisador responsável.

VERSO DO TCLE

Os resultados desse estudo serão utilizados somente para essa pesquisa e poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas da área da saúde. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – CEP EERP/USP e respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também protege as pessoas que participam da pesquisa e cuida dos seus direitos. Assim, se for necessário ou se você quiser saber mais sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com este CEP, pelo telefone (16)33153386, de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16)33153417 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Pesquisador responsável: Letícia Silva de Souza – aluna da Pós-Graduação da EERP/USP. Orientadora: Profa.Dra.Fernanda Ludmilla Rossi Rocha – Docente da EERP/USP. Telefone: (16)33153417. E-mail: lssouza@usp.br / ferocha@eerp.usp.br Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Avenida Bandeirantes, 3900. Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua participação.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa. Fui esclarecido(a) sobre como eu poderei ajudar nesta pesquisa e sobre como este estudo será desenvolvido e concordo com minha participação, voluntariamente. Sei que, ao final deste trabalho, meu nome verdadeiro não será divulgado. Sei que posso desistir de participar a qualquer momento e que não terei prejuízo algum. Recebi uma via assinada deste termo (com minha assinatura e com assinaturas das pesquisadoras). Tive a oportunidade de conversar sobre este documento e tirar dúvidas sobre a minha participação.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2015.

Participante

Letícia Silva de Souza
E-mail: lssouza@usp.br

Profa.FernandaL.Rossi Rocha
E-mail: ferocha@eerp.usp.br

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – QAS

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte do seu tempo:

Departamento: Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

Use somente lápis número 2

Preenchimento correto Preenchimento incorreto

Apague bem qualquer resposta que você deseja mudar

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica

Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo Totalmente	Não se aplica

1 As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	A	B	C	D	E	X								
2 Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X								
3 Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X								
4 Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X								
5 É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	A	B	C	D	E	X								
6 Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	A	B	C	D	E	X								
7 Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	A	B	C	D	E	X								
8 Erros são tratados de maneira apropriada nesta área	A	B	C	D	E	X								
9 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X								
10 Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho	A	B	C	D	E	X								
11 Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X								
12 Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X								
13 A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X								
14 Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	A	B	C	D	E	X								
15 Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X								
16 Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X								
17 Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X								
18 Eu me orgulho de trabalhar nesta área	A	B	C	D	E	X								
19 O moral nesta área é alto	A	B	C	D	E	X								
20 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X								
21 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	A	B	C	D	E	X								
22 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X								
23 O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex. reanimação cardiorespiratória)	A	B	C	D	E	X								
24 A administração apoia meus esforços diários:	Adm unid	A	B	C	D	E	X	Adm hosp	A	B	C	D	E	X
25 A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	Adm unid	A	B	C	D	E	X	Adm hosp	A	B	C	D	E	X
26 A administração está fazendo um bom trabalho	Adm unid	A	B	C	D	E	X	Adm hosp.	A	B	C	D	E	X
27 Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	Adm unid	A	B	C	D	E	X	Adm hosp	A	B	C	D	E	X
28 Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	Adm unid	A	B	C	D	E	X	Adm hosp.	A	B	C	D	E	X
29 Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
30 Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
31 Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
32 Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
33 Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
34 Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
35 Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X
36 Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns		A	B	C	D	E	X		A	B	C	D	E	X

VERSO DO QUESTIONÁRIO

Informações

Você já respondeu este instrumento anteriormente?	Sim	Não	Não sabe	Data (mês/ano)
---	-----	-----	----------	----------------

Cargo (marque somente um):

Médico da equipe responsável	Psicólogo	Técnico em nutrição/radiologia/laboratório
Médico residente	Farmacêutico (a)	Fonoaudiólogo
Chefe de enfermagem	Fisioterapeuta	Administrativo (auxiliar escritório/secretária)
Enfermeiro (a)	Assistente social	Suporte ambiental (pessoal da limpeza)
Auxiliar / técnico de enfermagem	Nutricionista	Outro:

Gênero:	Homem	Mulher	Atuação principal:	Adulto	Pediatria	Ambos
---------	-------	--------	--------------------	--------	-----------	-------

Tempo na especialidade:	Menos de 6 meses	6 a 11 meses	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 a 10 anos	11 a 20 anos	21 anos ou mais
-------------------------	------------------	--------------	------------	------------	-------------	--------------	-----------------

Obrigado por responder este instrumento, seu tempo e sua participação são muito importantes.

ANEXO 2 – Autorização de reprodução e divulgação do instrumento de coleta de dados

AUTORIZAÇÃO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Carvalho, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de

Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho; orientador Silvia Helena De Bortoli Cassiani. Ribeirão Preto, 2011.

158: il.; 30 cm

Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2011

1. Clima de Segurança. 2. Cultura de Segurança. 3. Segurança do Paciente. 4. Tradução (processo). 5. Validação dos testes. 6. Reprodutibilidade dos testes.

ANEXO 3 – Autorização da Instituição

HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE
Alameda Aldo Lupo, 1260
Tel.: (65) 3395-7800
CIP 10020-000 - Américo Brasiliense/SP

Américo Brasiliense, 18 de novembro de 2014

CARTA DE APROVAÇÃO DE PROJETO CIENTÍFICO

O projeto de pesquisa intitulado "*Clima organizacional e ocorrência de acidentes com perfurocortantes em Hospital Público do Estado de São Paulo*" foi avaliado pela Comissão de Análise de Projetos Científicos do Hospital Estadual Américo Brasiliense, tendo sido **DEFERIDO** para realização na instituição.

Entretanto, sugeriu-se a necessidade de avaliação do método epidemiológico proposto no estudo (caso-controle). A fim de se evitar tendenciosidade na interpretação de resultados, bem como diminuir os vieses de coleta de dados, a seleção do grupo CONTROLE, classicamente, deve ser pareada com a seleção do Grupo CASO (SESSO et al., 1987). Entretanto, em estudo contemporâneo, também se observou esta característica (UBIERA et al., 2011).

Considerando esta premissa, a definição do grupo controle deve ser o mais semelhante possível do grupo caso (PERINE e ARCÚRIO, 2001; SUZUMARA et al., 2006), ou seja, partir da mesma população, em um mesmo período de tempo, como conduzido por Ubiera et al. (2011), com exceção à ocorrência de acidentes com perfuro-cortantes. Assim, entende-se que se torna viável elucidar com maior detalhamento os critérios de inclusão para o grupo caso, para que os controles sejam adequadamente propostos.

Estes apontamentos foram realizados com o intuito de contribuir para a qualidade do estudo. Portanto, os autores não são obrigados a acatá-los.

Sem mais,

Fabiana Rossi Varallo
Farmacêutica Clínica
Hospital Estadual Américo Brasiliense

Dr. Tales Rubens de Nadai
Diretor Geral
Hospital Estadual Américo Brasiliense

ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Centro Colaborador da CAPES/CNPq para o
Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 13040-902
Fone: (51 16) 3315.2352 - (51 16) 3315.2481 - Fax: (51 16) 3315.2618
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 045/2015

Ribeirão Preto, 10 de abril de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 10 de abril de 2015.

Protocolo CAAE: 39007114.2.0000.5393

Projeto: Clima organizacional e a ocorrência de acidentes com material perfurocortante em um hospital público do estado de São Paulo

Pesquisadores: Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
Letícia Silva de Souza

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto