

La seguridad de los trabajadores de enfermería y los factores determinantes para adhesión a los equipamientos de protección individual¹

Heliny Carneiro Cunha Neves²

Adenícia Custódia Silva e Souza³

Marcelo Medeiros⁴

Denize Bouttelet Munari⁵

Luana Cássia Miranda Ribeiro⁶

Anaclara Ferreira Veiga Tipple⁷

Estudio cualitativo realizado en un hospital universitario con 15 profesionales de enfermería. Objetivó analizar las razones, actitudes y creencias de los trabajadores de enfermería referentes a la adhesión a los equipamientos de protección individual. Los datos fueron recolectados por medio de grupo focal, analizados por el método de interpretación de sentidos, considerando el referencial del modelo de creencias sobre salud de Rosenstock. De los datos surgieron dos categorías temáticas, Seguridad en el trabajo y Relaciones Interpersonales. Identificamos varias barreras que interfieren en las cuestiones de seguridad y protección individual como comunicación, sobrecarga de trabajo, estructura física, accesibilidad a los equipamientos de protección y aspectos organizacionales y administrativos. La adhesión a los equipamientos de protección es determinada tanto por el contexto experimentado en el ambiente de trabajo, como por valores y creencias individuales; sin embargo, la decisión del uso de los equipamientos de protección es individual.

Descriptor: Equipos de Seguridad; Precauciones Universales; Enfermería; Salud Laboral.

¹ Artículo parte de Disertación de Maestría "Equipamentos de proteção individual: o olhar dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário", presentada en lo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

² Enfermera, Maestra en Enfermería, Profesor Asistente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). E-mail: nynne_cunha@yahoo.com.br.

³ Enfermera, Doctor en Enfermería. Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. E-mail: adenicia@fen.ufg.br.

⁴ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. E-mail: marcelo@fen.ufg.br.

⁵ Enfermera, Doctor en Enfermería. Profesor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. E-mail: denize@fen.ufg.br.

⁶ Enfermera, Estudiante de Maestría, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. E-mail: luaufg@yahoo.com.br.

⁷ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. E-mail: anaclara@fen.ufg.br.

Correspondencia:

Heliny Carneiro Cunha Neves

Rua Lucas Carvelo Filho, 11, Quadra 19, Lote 20, Setor Cristina II

CEP: 75380-000 Trindade, GO, Brasil

E-mail: nynne_cunha@yahoo.com.br

Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual

Trata-se de estudo qualitativo, realizado em um hospital universitário, com 15 profissionais de enfermagem. Objetivaram-se analisar as razões, atitudes e crenças dos trabalhadores de enfermagem, referentes à adesão aos equipamentos de proteção individual. Os dados foram coletados por meio do grupo focal, analisados pelo método de interpretação de sentidos, considerando o referencial do modelo de crenças em saúde de Rosenstock. Dos dados, emergiram duas categorias temáticas, segurança no trabalho e relacionamento interpessoal. Identificaram-se várias barreiras que interferem nas questões de segurança e proteção individual como comunicação, sobrecarga do trabalho, estrutura física, acessibilidade aos equipamentos de proteção e aspectos organizacionais e gerenciais. A adesão aos equipamentos de proteção é determinada tanto pelo contexto vivenciado, no ambiente de trabalho, como, também, por valores e crenças individuais, mas a decisão sobre o uso dos equipamentos de proteção é individual.

Descritores: Equipamentos de Proteção; Precauções Universais; Enfermagem; Saúde do Trabalhador.

Safety of Nursing Staff and Determinants of Adherence to Personal Protective Equipment

A qualitative study conducted in a teaching hospital with 15 nursing professionals. Attempted to analyze the reasons, attitudes and beliefs of nursing staff regarding adherence to personal protective equipment. Data were collected through focus groups, analyzed by the method of interpretation of meanings, considering Rosenstock's model of health beliefs as a reference framework. Data revealed two themes: Occupational safety and Interpersonal Relationship. We identified several barriers that interfere in matters of safety and personal protective equipment, such as communication, work overload, physical structure, accessibility of protective equipment and organizational and management aspects. Adherence to personal protective equipment is determined by the context experienced in the workplace, as well as by individual values and beliefs, but the decision to use the personal protective equipment is individual.

Descriptors: Protective Devices; Universal Precautions; Nursing; Occupational Health.

Introducción

El trabajo, siendo una actividad eminentemente social, ejerce un papel fundamental en las condiciones de vida del hombre. Produce efecto positivo cuando es capaz de satisfacer a las necesidades básicas de subsistencia, de creación y de colaboración de los trabajadores. Por otro lado, al realizarlo, el hombre se expone constantemente a los riesgos presentes en el ambiente laboral, los cuales pueden interferir directamente en su condición de salud⁽¹⁾.

Entre los profesionales del área de la salud, los trabajadores de la enfermería son expuestos a varios

riesgos, causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos. Estos presentan mayor exposición a material biológico, en función de su rutina profesional⁽²⁻³⁾. Delante del riesgo biológico, las infecciones más preocupantes son aquellas causadas por los virus del Sida (HIV), de las hepatitis B y C (HBV y HCV)⁽⁴⁾. La principal vía de transmisión de los referidos virus es por medio de exposición a la sangre, por accidentes percutáneo. Más de 60 patógenos pueden ser introducidos por esa vía de transmisión incluyendo virus, bacterias, parásitos y levaduras⁽⁵⁾.

La prevención de la transmisión de patógenos en el ambiente laboral requiere diversas medidas para reducir el riesgo ocupacional. Las precauciones estándar (PE) son consideradas como una de las principales medidas preventivas para evitar la exposición; el uso apropiado de los equipamientos de protección individual puede minimizar considerablemente esos riesgos^(1,6).

Entre las PE el equipamiento de protección individual es una herramienta fundamental para la prevención de accidentes, sin embargo, la resistencia del profesional en utilizarlo y su uso incorrecto son las principales barreras para prevenir la exposición al material biológico⁽⁷⁾.

La baja adhesión al uso de los equipamientos de protección individual y su manejo incorrecto son provenientes de factores como incomodidad, descuido, olvido, falta de hábito, inadecuación de los equipamientos, cantidad insuficiente y el no creer en su uso⁽⁸⁻⁹⁾. Esos factores son agravados por: precaria infraestructura, aspectos organizacionales del trabajo, falta de conocimiento debido a la no existencia de educación permanente, sobrecarga de trabajo, estrés, cansancio físico y falta de tiempo^(3,10).

La adhesión al uso de equipamientos de protección está íntimamente relacionada a la percepción de que los profesionales tienen acerca de los riesgos a que están expuestos y de la susceptibilidad a esos riesgos⁽¹¹⁾. Los profesionales del área de la enfermería autoevalúan el riesgo de sufrir accidentes percutáneos como bajo o medio, en su ambiente laboral; estos tienen mayor chance de accidentarse, cuando comparados con aquellos que evalúan el riesgo como alto⁽¹²⁾.

El hecho de los profesionales tener conocimiento sobre los riesgos en el ambiente de trabajo, no siempre garantiza la adhesión al uso de medidas protectoras⁽¹¹⁾. En general, ese conocimiento no se transforma en una acción segura de prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales^(1,4), lo que señala la necesidad de realizar acciones más efectivas para cambiar esa realidad.

En ese sentido, comprender los factores que influyen en la toma de decisiones para la protección es imprescindible para que podamos reflexionar sobre la práctica de esas medidas en lo cotidiano del equipo de enfermería y direccionar estrategias que propicien la incorporación de estas en los servicios de asistencia a la salud.

Siendo así, este artículo se propone analizar las razones, actitudes y creencias de los trabajadores de enfermería referentes a la adhesión a los equipamientos de protección individual.

Metodología

Se trata de un estudio exploratorio, de abordaje cualitativo con la perspectiva de comprender el universo simbólico que se encuentra en la adhesión de los profesionales de enfermería a los equipamientos de protección individual.

La investigación fue desarrollada en un hospital general, de gran porte y de enseñanza de la región centro oeste de Brasil. Participaron de este estudio enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que hacían parte del cuadro permanente del equipo de enfermería del hospital; atendieron al convite y voluntariamente concordaron en participar firmando el término de consentimiento, después del esclarecimiento sobre los objetivos de la investigación.

Los profesionales fueron convidados a participar por medio de visitas de las investigadoras a las diversas unidades del hospital: clínica médica, clínica quirúrgica, UTI médica, UTI quirúrgica, emergencia adulto e infantil, maternidad, clínica pediátrica, clínica tropical, Centro de Material y Esterilización y Centro quirúrgico, en diferentes turnos de trabajo. En este primer contacto fueron reclutados 57 profesionales dispuestos a participar y, después de la definición de los horarios, fueron organizados de modo a atender a la mayor parte de las personas, los profesionales fueron contactados vía teléfono. Confirmaron la participación 35 profesionales y en los días disponibles para las sesiones, 15 profesionales comparecieron y compusieron los sujetos de la investigación.

La recolección de datos ocurrió entre noviembre y diciembre de 2008 por medio de la técnica del grupo focal (GF). Para disparar las discusiones utilizamos las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué es equipamiento de protección individual en su práctica cotidiana? ¿Cuáles son los factores personales que los motivan y desincentivan el utilizarlos? y ¿Cuáles son los factores facilitadores y dificultadores para el uso de esos equipamientos?

Fueron realizados tres grupos en horarios distintos para contemplar el mayor número de participantes. En cada grupo comparecieron cinco profesionales y las sesiones tuvieron duración de aproximadamente dos horas. El grupo fue conducido por tres investigadoras, una actuó como coordinadora y las demás como observadoras participantes, responsables por el registro de la producción del grupo.

Fue realizada apenas una reunión con cada grupo, una vez que el número de participantes (cinco) contribuyó

para la discusión exhaustiva, permitiendo el alcance de los objetivos propuestos debido a la profundidad de la temática que el grupo alcanzó en una única sesión.

Las sesiones grupales fueron grabadas e inmediatamente transcritas para que las informaciones recogidas pudiesen ser debidamente registradas y analizadas por medio del método de interpretación de sentidos⁽¹³⁾. Después de la lectura exhaustiva del material transcrito, fue posible identificar dos categorías temáticas. Los relatos de los participantes fueron identificados por G1 (participante del grupo 1), G2 (participante del grupo 2) y G3 (participante del grupo 3).

Después de la identificación de las categorías temáticas, esas fueron discutidas según el referencial teórico de creencias en salud de Rosenstock⁽¹⁴⁾, que propone el análisis en cuatro dimensiones: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

El proyecto que originó este artículo fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana y Animal del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Goiania bajo el número de aprobación de la investigación 015/08.

Resultados y discusión

Participaron del estudio quince profesionales del área de enfermería, siendo diez técnicos (tres hombres y siete mujeres) y cinco enfermeras, que trabajan en el área de enfermería hace aproximadamente diez años. Estos traen en su historia de vida personal y profesional, las experiencias de vulnerabilidad a los riesgos y de la exposición a material biológico que el ambiente hospitalario proporciona al desarrollar sus actividades relacionadas al cuidado.

Las categorías temáticas evidenciadas a partir de las declaraciones de los componentes de los grupos fueron denominadas de "Seguridad en el Trabajo" y "Relaciones Interpersonales" y serán discutidas separadamente, a pesar de que presenten interconexiones entre sí.

Seguridad en el trabajo

Esta categoría incluye temáticas referentes al ambiente laboral, siendo ellas: aspectos organizacionales, administrativos y de estructura física, los cuales son factores que interfieren en la protección del profesional, influyendo en la protección. La realidad de la seguridad en el trabajo, el papel de la administración en relación a la disponibilidad y accesibilidad a los equipamientos de protección individual y la sobrecarga de trabajo, evidenciada por los grupos, comprometen la adhesión

a los equipamientos de seguridad y provocan mayor susceptibilidad a los riesgos ocupacionales.

[...] el ambiente en que nosotras trabajamos tiene todos los dificultadores posibles, porque nosotras trabajamos con una sobrecarga de trabajo muy pesada, con pacientes crónicos... con falta de material demás, la distancia de buscar los materiales, la farmacia que atrasa, que demora que ... todo dificulta (G2).

[...] el riesgo aumenta ... usted no tiene condición adecuada de ofrecer el cuidado que el paciente necesita ... (G3).

[...] nosotras no creemos que vaya a mejorar, que vaya a resultar, que nosotras vamos a tener un ambiente de trabajo mejor para trabajar. En todo eso nosotras no creemos (G2).

Las prácticas administrativas y organizacionales que determinan el ambiente de trabajo en este estudio, se presentan como barreras que impiden y dificultan la adhesión de los profesionales a los equipamientos de protección. La percepción de barreras puede actuar como obstáculo para la adopción de los comportamientos recomendados y puede generar conflictos en la toma de decisiones⁽¹⁴⁾.

Los grupos evidencian el descompromiso y la falta de respeto del servicio de salud con la protección del trabajador en el ambiente laboral, consecuentemente se tiene un trabajador que no cree, insatisfecho y desmotivado delante de las condiciones de trabajo ofrecidas.

Un estudio sobre la evaluación de la contribución de las condiciones de trabajo de enfermería para los riesgos de accidentes ocupacionales con punzocortantes identificó que la estructura organizacional inadecuada y las altas cargas de trabajo están asociadas con 50% a 200% de aumento en la incidencia de injurias percutáneas⁽¹⁵⁾.

La estructura organizacional y administrativa debe colaborar y estimular la toma de decisiones para el uso de los equipamientos de protección individual de forma a anular las barreras inherentes a su uso y las creencias de los profesionales. Así, es necesaria la concientización para la mejoría de las condiciones de trabajo, así como el involucramiento de los trabajadores en los procesos de decisión, elaboración y divulgación de los programas de prevención y control de infección.

La accesibilidad y disponibilidad de los equipamientos de protección individual también fueron relatadas en los grupos, que explicitaron que equipamientos de protección dispuestos en varios locales estratégicos de las unidades facilitan y favorecen su uso.

Yo pienso que tener equipamientos próximos ya es un facilitador (G2).

Nosotras tratamos de usar al máximo (equipamientos de protección) que nosotras podemos, hasta porque en la clínica X es más fácil de usar que en la clínica Z, el material queda en todo lugar. Entonces así, "nosotras no usamos", si no queremos (G3).

Entre tanto, cuando no hay contrapartida de la institución en relación a la disponibilidad y fácil acceso a los equipamientos de seguridad, el profesional se siente desmotivado. La inseguridad del ambiente laboral predispone a los errores con los consecuentes agravios.

[...] cada vez que nosotras precisamos de ellos hay que ir atrás... si la administración controlase, semanalmente, mensualmente o diariamente esos equipamientos, sería un facilitador... no dejar faltar o entonces, ver equipamientos que se adecuasen mejor a nosotras (G2).

[...] ir con el gerente para obtener inmediatamente el equipamiento, el hospital tiene que colocar a disposición para el trabajador poder ser cuidador. Como él puede ser cuidador, si no tiene el equipamiento mínimo necesario para trabajar? (G1).

Los grupos discutieron el papel de la administración en la adhesión al uso de los equipamientos de protección, principalmente, por la no realización del control y provisión de estos. Un estudio muestra que a pesar de haber disponibilidad de esos equipamientos su uso fue bajo⁽⁸⁾, contraponiéndose a otro estudio que indicó como principal razón para no adherir la indisponibilidad⁽¹⁶⁾. Esas investigaciones evidencian la complejidad de la cuestión de la adhesión a los equipamientos de protección, que va más allá de la disponibilidad, lo que confirma la interferencia de los factores individuales, de las creencias y de las relaciones en el ambiente de trabajo en la toma de decisiones para la protección.

Por otro lado la falta de los equipamientos de seguridad y la estructura física inadecuada tornan la improvisación arraigada en la rutina, tanto de los profesionales, como del servicio. Esta estrategia se debe a la consciencia del riesgo y a los aspectos éticos y morales de los sujetos de la investigación. Sin embargo, la improvisación no garantiza la seguridad para el otro o para sí, promueve apenas la sensación del deber cumplido, inclusive en detrimento de su protección.

Ya sucedió de no tener máscara N95, y yo colocar máscara común y una compresa por debajo (G1).

[...] el problema es que vamos improvisando con lo que se tiene, vamos haciendo. Si dejar de hacer y relatar que no fue hecho las cosas cambian. Es que tenemos manía de querer resolver el problema sin tener condiciones... (G3).

[...] allá en la clínica K es muy sofocante, no hay ventana allá, generalmente el personal no usa chaleco (G1).

La frecuencia con que ocurre la improvisación en el servicio de asistencia a la salud la vuelve una rutina y confirma esa cultura, tanto en ámbito de la gestión como de la asistencia. Esos aspectos disminuyen la motivación, el interés y la disposición para el enfrentamiento de esa situación, que sobretodo representa un aspecto bioético de la asistencia.

Los profesionales tienen consciencia de que recusarse a realizar los procedimientos debido a la ausencia de los equipamientos de protección individual podría ser un instrumento utilizado para iniciar un proceso de discusión y de cambio de la práctica. Sin embargo, el miedo de perder el empleo, el distanciamiento entre quien administra y quien actúa en la línea de frente de la asistencia y la responsabilidad ética de la profesión, estimula el comportamiento sumiso de no reclamar y continuar a ejecutar los cuidados de forma insegura. Vale destacar que en estos casos la legislación NR32/2.005⁽¹⁷⁾ protege al trabajador por asegurar que los EPI deben estar a disposición en número suficiente en los puestos de trabajo, de forma que sea garantizado el inmediato abastecimiento o reposición.

La estructura física con ventilación e iluminación inadecuadas torna incómodo el uso de los equipamientos de protección, contribuyendo para la baja adhesión por el aumento del calor. Se suma a eso el hecho de estar en un país tropical, donde las temperaturas en condiciones ambientales ya son altas. Algunos estudios apuntan como factores intervinientes para no usar esos equipamientos, el calor y la incomodidad, principalmente, de la máscara y de los delantales⁽⁸⁻⁹⁾.

Identificamos la ausencia de rutina para el uso y manoseo de los equipamientos de seguridad. Además de eso, los profesionales no participan de la elaboración de esta, que cuando realizada, es hecha por estudiantes en práctica de enfermería.

El uso del equipamiento de protección individual acaba no siendo igual para todos. Uno de los motivos es que usted no tiene una sistematización (G1).

[...] cuando el estudiante de enfermería está practicando, ellos colocan carteles sobre los equipamientos de protección en las puertas de los aislamientos con todo explicadito, ahí nosotras usamos (G3).

La estandarización y la socialización de las rutinas sobre el uso y manoseo de los equipamientos de protección son imprescindibles para que los profesionales tengan los subsidios necesarios para promover la seguridad en el ambiente de trabajo, orientar las prácticas en relación al control y prevención de las infecciones relacionadas a los servicios de salud y adoptar comportamientos adecuados frente al riesgo. Cuando analizamos las declaraciones de los grupos percibimos que estas contienen contenido cargado de creencias en salud⁽¹⁴⁾ como susceptibilidad y severidad a los riesgos, las cuales contribuyen para la adopción de comportamientos seguros en el ambiente laboral.

La susceptibilidad y severidad fueron expresadas por sentimientos como miedo de la muerte y de la

contaminación, pánico, preocupación con la familia y duda.

Yo trabajo toda llena de equipamiento. Es el capote, máscara, guantes... nosotras tratamos de proteger con lo que se tiene. Es el miedo, miedo (G2).

[...] nosotras observamos que el personal recuerda los equipamientos de protección cuando está en pánico (G3).

[...] yo tengo un bebé pequeño y yo me preocupo demás. Miedo de hacer procedimiento sin equipamiento y me contaminar por falta de cuidado...(G2).

Observamos que el enfoque de las preocupaciones para estos profesionales es la exposición ocupacional, el riesgo de adquirir una enfermedad y eso generar consecuencias en los ámbitos personales, psicológicos, sociales y familiares. Las vivencias del trabajador en su ambiente laboral repercuten en su contexto social y en la vida familiar⁽¹⁸⁾. En ese sentido, la preocupación en adquirir alguna enfermedad transmitida ocupacionalmente y eso generar una posible reacción negativa a los familiares, ejerce influencia proactiva para la protección y uso de los equipamientos.

Los grupos evidencian los beneficios del uso de los equipamientos de protección individual por la sensación de bienestar, tranquilidad y equilibrio. Sin embargo, reconocen que su uso no elimina completamente el riesgo de exposición.

[...] mismo utilizando el equipamiento de protección nosotras tenemos riesgo de estar expuestas. Ahora no utilizando es peor (G3).

La percepción de la susceptibilidad y de la severidad de la enfermedad puede motivar al individuo a tomar una determinada conducta, sin embargo no define el curso de la acción a ser realizada. Lo que direcciona la acción son las creencias personales relativas a la eficacia de las alternativas conocidas y disponibles para disminuir la amenaza de la enfermedad o la percepción de los beneficios de tomar la acción. Su comportamiento depende de cuánto beneficio él cree obtener en las varias alternativas en relación a su caso. Una alternativa es vista como beneficio cuando se refiere a la reducción de la susceptibilidad de la persona o de la severidad de la enfermedad y puede ser determinada por las normas y presiones del grupo social⁽¹⁴⁾.

Por otro lado, la falta de miedo a contaminarse y la creencia de que nada les irá a suceder, refuerza el sentimiento de la autoconfianza y propicia la desprotección.

La autoconfianza es un factor que dificulta el uso de los equipamientos de protección, principalmente, en la hora que va a hacer punción. Yo digo: coloca el guante. Y la compañera responde: ¡no necesita, soy especialista en esto aquí! (G1).

La autoconfianza lleva a no dar importancia al uso de los equipamientos de protección individual, actitud que es reforzada por la experiencia de que su uso interfiere en las habilidades del profesional y dificulta la ejecución del procedimiento. Así, el profesional opta por no usarlo, subestimando su función de protección.

Los datos muestran que la sobrecarga de trabajo, la estructura física, la ausencia o inaccesibilidad de los equipamientos de protección, aspectos organizacionales y la autoconfianza se constituyeron en barreras que dificultan la toma de decisiones para la acción, relacionada a la protección del profesional. Las barreras debilitan la percepción de la susceptibilidad y de la severidad al riesgo y disminuyen la relación de fuerzas para la adhesión a un comportamiento positivo⁽¹⁴⁾.

Relación interpersonal

La influencia de las relaciones y de la comunicación entre las categorías profesionales y de estas con la administración, en la adhesión a los equipamientos de protección individual, fueron expresivas en las declaraciones de los grupos. Los sujetos expresaron falta de motivación para el uso de esos equipamientos en ambientes de trabajo donde las relaciones interpersonales no son saludables.

Hay el estímulo para el uso y el estímulo para no usar. Para la no adherencia a los equipamientos de protección ellos dicen: salió de la facultad ayer y ¡está queriendo te dar una orden absurda! (G1).

Las relaciones en el ambiente laboral son determinantes y muchas veces decisivas para la toma de decisiones para la protección e interfieren directamente en la seguridad del ambiente de trabajo. En una relación, cada uno coloca un poco de sí, muestra su modo de actuar y ejerce sobre el otro una influencia positiva o negativa⁽¹⁹⁾. Un estudio identificó que los compañeros de trabajo pueden influenciar de manera positiva o negativa en la conducta del uso de guantes para la realización de punción periférica, dato corroborado con los hallazgos de nuestro estudio⁽²⁰⁾.

De la misma forma que profesionales influyen y motivan a otros compañeros a la protección, los grupos relataron que hay también aquellos que incentivan un comportamiento de riesgo. Muchas veces por falta de supervisión, motivación, miedo de perder el amigo, o para hacer parte del grupo, él deja de protegerse propagando así, la acción de descuido para consigo y con los otros compañeros de profesión.

[...] en la práctica él ve a todo mundo haciendo de forma incorrecta, entonces él piensa, bien nunca llamaron la atención, nunca sucedió nada conmigo de diferente, yo no voy querer ser el patito feo. Entonces él va se apegar a aquel personal que ya hace

de forma incorrecta y va a desvirtuarse (G1).

La toma de decisiones para la protección profesional, a pesar de aparentemente simple se muestra extremadamente compleja y dependiente de todo un contexto laboral, en el cual se traba una verdadera lucha por aceptación, respeto y sobrevivencia en el grupo. Son verdaderos mecanismos de defensa utilizados para su mantenimiento en el grupo que acaba por sublimar sus preceptos individuales y éticos.

Actividades de trabajo que no se revelan interesantes, o que sean factores de estrés y conflictivos generan desmotivación y se presentan como factores determinantes para la no adhesión a los equipamientos de protección, lo que expone todavía más a los profesionales a los riesgos ocupacionales y accidentes en el trabajo.

[...] todo el estrés que nosotras vivimos en las interconexiones del ambiente de trabajo, con laboratorio, RX, nutrición, farmacia, propicia estrés si no tiene una comunicación que fluya tranquilamente, descontrola emocionalmente a tal punto que usted se predispone a más accidentes (G2).

El estrés referenciado por este grupo tiene una relación directa con el no establecimiento de un flujo operacional de los servicios que apoyan la asistencia prestada al usuario. Eso desencadena sobrecarga y desgaste en las relaciones de trabajo. Una investigación también evidenció que el ambiente de trabajo contribuye significativamente para el descuido, dada la gran demanda de actividades, exigencias, sobrecarga de trabajo y tareas a cumplir⁽²¹⁾.

En el servicio de asistencia a la salud, existe un equipo multiprofesional responsable por la atención al usuario, sin embargo, este no actúa en equipo propiamente, pero desempeña acciones de forma no coordinada, siendo la mayoría desarrollada de forma individual lo que genera sobrecarga y estrés.

[...] A veces va material que usted nunca precisa de él, inadecuado para el local de trabajo, y queda faltando otro que usted usa ... quien está solicitando o comprando no tiene sintonía con el servicio (G3).

Consideramos que la administración del servicio tiene gran responsabilidad en el sentido de mantener un ambiente laboral que contribuya para elevar la percepción individual y colectiva de los riesgos. También debe imprimir una dinámica de trabajo respetuosa y ética que resulte en la disminución de las barreras encontradas en la práctica, para la adopción de medidas protectoras. Ese apoyo administrativo además de dar respaldo moral y legal, incentivará al profesional en dirección a una toma de decisiones para la protección.

El camino que lleva al individuo a exponerse a riesgos es determinado por un conjunto de condiciones:

la comunicación, la relación interpersonal, la falta de consciencia del riesgo del otro y de sí mismo en el ambiente de trabajo, y principalmente, el comportamiento. No hay como pensar en intervenciones dirigidas solamente para el individuo, sin considerar el contexto que interfiere en esos comportamientos, que inaplazablemente, pueden apoyar y direccionar a los profesionales en una perspectiva de mayor autoprotección.

Consideraciones finales

Al analizar las razones, actitudes y creencias de los trabajadores de enfermería para la adhesión a los equipamientos de protección individual, constatamos que los grupos conocen los riesgos a que están expuestos en el ambiente de trabajo, pero no siempre ese conocimiento es suficiente para evitar la exposición, revelando una susceptibilidad al riesgo.

Presentan alta percepción de la severidad al comprender que el no uso de los equipamientos de protección individual representa una posibilidad de adquirir una enfermedad ocupacional, pudiendo ocasionarles graves consecuencias en los ámbitos sociales, familiares, psicológicos, de relaciones y en el ambiente de trabajo. Significa hasta mismo un riesgo de muerte e invalidez.

A pesar de las inúmeras barreras referidas para la adhesión a los equipamientos de protección, los profesionales reconocen sus beneficios, pero tienen la consciencia de que su uso no excluye el riesgo de exposición y adquisición de infección por patógenos introducidos por la sangre y por el aire.

Las barreras apuntadas para la baja adhesión al uso de los equipamientos de protección individual están asociadas a los aspectos organizacionales, administrativos y relacionales que fueron explicitados por: estructura física inadecuada; disponibilidad y accesibilidad a los equipamientos de protección; falta de rutinas; sobrecarga de trabajo; estrés; improvisación; y desgaste en las relaciones de trabajo.

A pesar de la claridad de las barreras existentes para la adhesión, los profesionales no se eximen de la responsabilidad personal por el uso de los equipamientos de protección individual. La adhesión a estos equipamientos es un comportamiento individual y personal, sin embargo fuertemente determinado por las creencias en salud. Las percepciones de la susceptibilidad y de la severidad a los riesgos de exposición en el ambiente laboral de esos profesionales, sumadas a la percepción del beneficio de los equipamientos de protección, son fuerzas positivas que contribuyeron para la toma de decisiones sobre el uso de los equipamientos de protección.

Entre tanto, las numerosas barreras percibidas por esos trabajadores en el ambiente laboral para el uso de los equipamientos de protección individual, anulan las fuerzas positivas, e influyen negativamente en la toma de decisiones para esa medida preventiva.

Así, el hábito de acusar al trabajador por no usar los equipamientos de protección sin comprender el contexto, los factores determinantes y las creencias en salud, es por lo menos una violencia moral y ética. Consideramos que el análisis de todos los factores intrínsecos y extrínsecos en el ambiente de trabajo y el rescate de la valorización profesional podrán aumentar la adhesión a los equipamientos de protección individual y consecuentemente la prevención y control de las infecciones.

Referencias

1. Melo DS, Silva e Souza AC, Tipple AFV, Neves ZCP, Pereira MS. Nurses' understanding of standard precautions at a public hospital in Goiania - GO, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(5):720-7.
2. Gir E, Caffer Netto J, Malaguti SE, Canini SRMS, Hayashida M, Machado AA. Accidents with biological material and immunization against Hepatitis B among students from the health area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(3):401-6.
3. Leigh JP, Wiatrowski WJ, Gillen M, Steenland NK. Characteristics of persons and jobs with needlestick injuries in a national data set. *Am J Infect Control*. 2008;36(6):414-20.
4. Brevidelli MM, Cianciarulo TI. Níveis de adesão às precauções-padrão entre os profissionais médicos e de enfermagem de um hospital universitário. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2006 [acesso 15 out 2006];5(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=407&layout=html>
5. Tarantola A, Abitebou LD, Rachiline A. Infection risks following accidental exposure to blood fluids in health care workers: a review of pathogens transmitted in published cases. *Am J Infect Control*. 2006;34(6):367-75.
6. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 Suppl 2):S65-S164.
7. Malaguti SE, Hayashida M, Canini SRMS, Gir E. Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):496-503.
8. Tipple AVF, Aguliari HT, Souza ACS, Pereira MS, Mendonça ACC, Silveira C. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização, uso e fatores intervenientes à adesão. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(4):441-8.
9. Souza ACS, Neves HCC, Tipple AFV, Santos SLV, Silva CF, Barreto RAS. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. *Rev Eletr Enferm*. [internet]. 2008 [acesso 11 mar 2009];10(2):428-37. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf>
10. Castro MR, Farias SNP. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2008;12(2):364-9.
11. Souza MCMR, Freitas MIF. Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2010 [acesso 10 nov. 2010];18(4):[08 telas]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_13.pdf
12. Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a brazilian tertiary-care university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5):818-23.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
14. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):354-86.
15. Stone PW, Clarke SP, Cimiotti J, Correa de Araújo, R. Nurses' working conditions: implications for infectious diseases. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):1984-9.
16. Ganczak M, Szych Z. Surgical nurses and compliance with personal protective equipment. *J Hosp Infect*. 2007;66(4):347-52.
17. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília (BR): Ministério do Trabalho e Emprego; 2005.
18. Castanha AR, Machado AA, Figueiredo MAC. Consequências biopsicossociais do acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado: perspectiva de pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde. *Rev SBPH*. 2007;10(1):65-84.
19. Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):412-9.

20. Zapparoli AS, Marziale MHP, Robazzi, MLCC. Práctica segura del uso de guantes en la puncion venosa por los trabajadores de enfermeria. Cienc Enferm. 2006;12(2):63-7.

21. Baggio MA, Formaggio FM. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuidado de si. Cogitare Enferm. 2008;13(1):67-74.

Recibido: 13.5.2010

Aceptado: 26.1.2011

Como citar este artículo:

Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. La seguridad de los trabajadores de enfermería y los factores determinantes para adhesión a los equipamientos de protección individual. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2011 [acceso: ____];19(2):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL