

Adaptação Cultural e Confiabilidade da *Compliance with Standard Precautions Scale (CSPS)* para enfermeiros no Brasil¹

Fernanda Maria Vieira Pereira²

Simon Ching Lam³

Elucir Gir⁴

Objetivo: o objetivo deste estudo foi realizar a adaptação cultural e avaliar a confiabilidade da versão brasileira da *Compliance with Standard Precautions (CSPS)* entre enfermeiros no Brasil. Método: o processo de adaptação incluiu tradução, consenso entre juízes, retro-tradução, validação semântica e pré-teste. A confiabilidade foi verificada de acordo com a consistência interna (alfa de Cronbach) e a estabilidade usando teste-reteste. A escala foi aplicada em uma amostra de 300 enfermeiros que trabalhavam num hospital de grande porte na cidade de São Paulo, SP, Brasil. Resultados: a validação semântica revelou que os itens da escala eram compreensíveis e foram considerados relevantes para a prática clínica dos enfermeiros. A versão brasileira da escala (CSPS-PB) revelou excelente nível de compreensão. O alfa de Cronbach foi 0,61 e o coeficiente de correlação intraclasse foi 0,85. Conclusão: Este estudo inicial mostrou que a CSPS-PB é apropriada para avaliar adesão às precauções padrão entre enfermeiros brasileiros. A confiabilidade foi considerada aceitável. Mais estudos são necessários para avaliar suas propriedades psicométricas.

Descritores: Precauções Universais; Enfermeiras e Enfermeiros; Estudos de Validação; Reprodutibilidade dos Testes.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Adaptação cultural e validação da Compliance with Standard Precautions Scale (CSPS) para enfermeiros brasileiros", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2012/12341-4.

² Professor Adjunto, Universidade Federal Fluminense, Campus Universitário de Rio das Ostras, RJ, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Division of Nursing and Health Studies, The Open University of Hong Kong, Hong Kong, China.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Pereira FMV, Lam SC, Gir E. Cultural Adaptation and Reliability of the Compliance with Standard Precautions Scale (CSPS) for Nurses in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2850. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1204.2850>. mês dia ano

Introdução

Precauções padrão (PP) são medidas estabelecidas para profissionais de saúde com o objetivo de minimizar o risco de exposição ocupacional e assegurar a segurança do paciente⁽¹⁻³⁾. Portanto, estas medidas devem estar alinhadas com a tarefa em mãos enquanto considera-se um possível contato com sangue e fluídos orgânicos⁽²⁾. O contato direto com pacientes, combinado com o tipo e a frequência de procedimentos de enfermagem, aumenta o risco de exposição da equipe de enfermagem a material infeccioso⁽⁴⁾. No entanto, estudos demonstram que o uso de equipamento de proteção individual (EPI) ainda é limitado entre os profissionais de saúde, especialmente pela equipe de enfermagem⁽⁵⁻⁸⁾. O uso inapropriado de luvas indica pouca aderência à higienização das mãos⁽⁸⁾ e pode aumentar o risco de infecção cruzada⁽⁹⁾. Embora a higienização das mãos seja um componente essencial das PP, estudos revelam que os profissionais de saúde aderem minimamente a esta prática⁽⁸⁻¹²⁾. Consequentemente, é importante avaliar a observância dos profissionais às PP em sua prática clínica. No entanto, a avaliação desta prática é difícil já que a maioria dos instrumentos disponíveis para medir adesão às PP foram desenvolvidos em inglês e ainda não foram traduzidos ou validados para o Brasil. Alguns autores no Brasil^(11,13) e também em outros países⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ têm trabalhado na construção e validação de instrumentos projetados para medir a adesão dos profissionais às medidas preventivas durante o atendimento ao paciente.

Em 2002, uma escala de precauções universais com 15 itens foi construída em Hong Kong com o objetivo de estudar a prática de enfermeiros em relação a estas medidas⁽¹⁴⁾. Com base nesta escala, a *Compliance with Standard Precautions Scale* (CSPS) foi desenvolvida em 2011 em Hong Kong. Esta escala foi desenvolvida em inglês e a maioria dos itens foi modificada enquanto vários outros itens foram adicionados⁽¹⁵⁾. Esta escala com 20 itens representa uma alternativa para medir a adesão de profissionais de enfermagem na prática de controle de infecção. A CSPS aborda questões relacionadas à prática clínica diária como por exemplo o uso de equipamento de proteção, o descarte de objetos perfurocortantes, o manuseio de materiais e a prevenção de infecção cruzada. Após o seu desenvolvimento, a CSPS passou por um teste psicométrico abrangente que foi aplicado a um grupo de 453 participantes, incluindo equipe de enfermagem e estudantes. Os resultados revelaram que a CSPS apresentou confiabilidade satisfatória (i.e., consistência interna e estabilidade), validade de construto (i.e., resultados satisfatórios do método *known-groups* e

teste de hipóteses) e validade concorrente⁽¹⁶⁾. Ademais, um teste piloto transcultural foi desenvolvido com a CSPS incluindo 19 especialistas de 16 países⁽¹⁶⁾. Esse teste preliminar indicou que a CSPS é relevante e aplicável na maioria das regiões desenvolvidas e em desenvolvimento⁽¹⁶⁾. De fato, até o momento, a CSPS já foi ou será traduzida para várias línguas incluindo, o árabe, o coreano, o chinês continental, o italiano, o espanhol e o turco⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O processo de adaptação de um instrumento tem sido amplamente utilizado em diversas áreas porque possibilita certos benefícios como por exemplo a economia de tempo e recursos além de comparações diretas, o que facilita colaboração em pesquisas multicêntricas⁽¹⁹⁾. A adaptação da CSPS para o Brasil é essencial para verificar a observância das PP por parte dos enfermeiros e facilitar comparações transculturais no futuro. Várias são as razões indicando que a CSPS é apropriada para ser adaptada ao contexto brasileiro. Primeiramente, a CSPS é a única escala com a qual um teste piloto transcultural foi realizado em 16 países⁽¹⁶⁾. Este resultado reforça a evidência de que os itens da CSPS são potencialmente relevantes para o Brasil. Em segundo lugar, a CSPS é um dos instrumentos adotados em outros países⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Desta forma, a adaptação da CSPS pode facilitar comparações transculturais e contribuir de forma significativa para este campo de pesquisa. Em terceiro lugar, a CSPS foi baseada nas diretrizes de PP estabelecidas pela OMS e *Centers for Disease Control* [Centros de Controle de Doença]⁽¹⁵⁾, alinhados com as diretrizes brasileiras⁽²⁰⁾. A CSPS inclui aspectos indispensáveis referente à observância das PP que se referem ao uso de equipamento de proteção, recapeamento de agulhas, prevenção de infecção cruzada de pessoa para pessoa, descontaminação de material e descarte de resíduos e objetos perfurocortantes. Existem também aspectos importantes mencionados nas normas regulatórias de segurança e saúde do Brasil⁽²⁰⁾. Em quarto lugar, diferentemente de muitos instrumentos que descrevem o processo de desenvolvimento de forma abreviada, a CSPS fornece um instrumento detalhado sobre o processo de desenvolvimento, com uma explicação clara sobre o conceito de adesão, e uma justificativa explícita em cada um dos itens desenvolvidos⁽¹⁵⁾, o que facilita para outros pesquisadores adaptando a CSPS para suas próprias culturas. Finalmente, as propriedades psicométricas da CSPS foram examinadas de forma abrangente com resultados satisfatórios⁽¹⁶⁾ sugerindo que a mesma é válida e confiável. Portanto, se justifica a adaptação cultural da CSPS e avaliação de sua confiabilidade entre enfermeiros no contexto brasileiro.

Método

Este estudo foi conduzido em duas fases: tradução/adaptação e avaliação da confiabilidade da CSPS. A adaptação incluiu os seguintes estágios: tradução, consenso entre os juízes, retro-tradução, validação semântica, e pré-teste⁽²¹⁾. A confiabilidade inclui análise da confiabilidade (consistência interna) e estabilidade (teste-reteste). Os participantes eram enfermeiros que trabalhavam num hospital de grande porte localizado na cidade de São Paulo, SP, Brasil.

Tradução: Neste estágio, a escala foi traduzida de seu idioma original para o português por dois tradutores públicos juramentados.

Consenso entre juízes: Uma reunião de consenso foi realizada por um comitê composto de sete juízes, a saber: três enfermeiros especializados em controle de infecção; dois tradutores juramentados com conhecimento abrangente do inglês; um pesquisador desta metodologia; e um dos autores deste estudo. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as equivalências semântica, cultural e idiomática foram avaliadas e uma versão consensual do instrumento foi estabelecida.

Retro-tradução: A versão de consenso estabelecida no estágio anterior foi traduzida para o inglês por dois tradutores americanos independentes que residem no Brasil. O objetivo era comparar a qualidade da versão traduzida com a versão original da escala.

Validade semântica: Os instrumentos usados para a validação semântica incluíram: (1) um formulário com itens abordando dados demográficos e profissionais (gênero, data de nascimento, experiência profissional, unidade e turno de trabalho, como a pessoa tomou consciência das PP, e se recebeu treinamento sobre controle de infecção no hospital); (2) a versão brasileira da escala (CSPS-PB); e (3) um formulário para avaliar os itens da escala (Os itens eram compreensíveis? Os itens eram relevantes? O que você entendeu destes itens? As opções de resposta estão de acordo com as questões?). Os dados foram coletados através de entrevista realizada por um dos autores no próprio hospital em horário específico após os participantes assinarem o TCLE. As entrevistas duraram aproximadamente 30 minutos. Os participantes foram aleatoriamente selecionados de uma lista fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos do hospital.

Pré-teste: Um pré-teste foi realizado após a adaptação cultural. A versão traduzida e adaptada da escala foi aplicada para os enfermeiros do hospital. Um total de 30 a 40 participantes é considerado ideal

para o pré-teste⁽²¹⁾. A CSPS-PB foi aplicada para 50 enfermeiros que trabalhavam neste hospital.

Pesquisa de campo – Confiabilidade: A CSPS-PB foi aplicada para 300 enfermeiros que trabalhavam num hospital brasileiro de grande porte. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro e atuar diretamente na assistência clínica ao paciente. O critério de exclusão foi: enfermeiros que realizavam exclusivamente funções administrativas. Estes critérios seguiram rigorosamente a definição de enfermeiro clínico⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A confiabilidade foi avaliada considerando a consistência interna e estabilidade. A consistência interna foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach (α), cuja amplitude varia de 0 a 1: valores acima de 0,60 são apropriados para uma investigação preliminar⁽²²⁻²³⁾ enquanto que valores acima de 0,90 até 0,95 são considerados excelentes⁽²⁴⁾. Para verificar a estabilidade, um teste-reteste foi realizado com coeficiente de correlação intraclassa (CCI). Este método é usado para verificar a correlação entre os escores que resultaram da primeira aplicação do instrumento e os escores da segunda aplicação para os mesmos participantes duas semanas depois. Os valores usados como referência para esta análise são descritos da seguinte forma: CCI <0,40 indica um correlação fraca; 0,41 < CCI < 0,60 indica correlação moderada; 0,61 < CCI < 0,80 indica correlação boa ou substancial; e CCI > 0,81 indica correlação muito boa ou quase perfeita⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Análise estatística: IBM® SPSS versão 19.0 foi usado na análise estatística. O nível de significância considerado em todas as análises foi $p < 0,05$.

Aspectos éticos: O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira (CAAE: 13906813.6.3001.5463; protocolo No. 599.965-0). A reprodução da CSPS foi aprovada pelo autor do instrumento original (Ref: B500D36-201206). Os participantes tiveram assegurados a confidencialidade das informações fornecidas e anonimato de suas identidades de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram fornecidos de forma voluntária após assinatura do TCLE.

Resultados

O processo de adaptação da CSPS foi conduzido de acordo com os seguintes estágios: tradução, consenso entre os juízes, retro-tradução, validação semântica e pré-teste.

Comitê de juízes: O comitê fez sugestões para modificar 10 itens do instrumento e as sugestões foram aceitas quando houve concordância de 80% entre os juízes (Figura 1).

Item	Tradução dos itens originais	Mudança sugerida
1	T1*- Eu lavo minhas mãos entre contatos com cada paciente. T2† - Lavo as mãos após contato com cada paciente.	Foi proposta a expressão "entre contatos com pacientes".
2	T1*- Eu uso somente água para lavar as mãos. T2† - Uso apenas água para lavar as mãos.	Sugeriu-se alterar o verbo "lavar" para "higienizar".
3	T1*- Uso desinfetante alcoólico alternativamente, se minhas mãos não estão visivelmente sujas. T2† - Uso produto a base de álcool para esfregar as mãos como alternativa se minhas mãos não estiverem visivelmente sujas.	Decidiu-se usar "minhas mãos" somente uma vez por motivos de concisão.
4	T1*- Eu recubro as agulhas de injeção após o uso. T2† - Cubro as agulhas com uma tampa após aplicar uma injeção.	Foi utilizada a palavra "reencepe" porque é mais comum entre os profissionais.
7	T1*- Eu removo Equipamento de Proteção Pessoal (EPP) em um local especial. T2† - Removo os EPI (Equipamento de Proteção Individual) em uma área apropriada.	Decidiu-se usar a palavra "retiro" no lugar de "removo". Para o local, foi utilizado "local designado".
10	T1*- Eu uso luvas quando estou exposto a secreções, sangue, ou qualquer excreção de pacientes. T2† - Uso luvas quando fico exposto a líquidos corporais, produtos de sangue e qualquer excreção de pacientes.	Foi usado o termo "sangue e derivados".
13	T1*- Eu uso máscara cirúrgica somente, ou em combinação com os óculos de proteção de rosto, e avental, sempre que tem a possibilidade de respingos ou espirros. T2† - Uso apenas uma máscara cirúrgica ou junto com óculos de proteção, máscara facial e avental sempre que houver possibilidade de respingos ou derramamentos.	Foi retirada a proteção de rosto, já que não é um EPI os profissionais de enfermagem no Brasil costumam usar em combinação com os óculos de proteção.
16	T1*- Eu uso uma vestimenta ou avental quando estou exposto a sangue, secreções corporais, ou excreções de pacientes. T2† - Uso uma bata ou avental quando estou exposto a sangue, líquidos corporais ou quaisquer excreções do paciente.	Foram utilizadas as palavras "avental/capote", já que alguns profissionais conhecem este EPI por estes nomes.
17	T1*- Lixo contaminado com sangue, líquidos do corpo, secreções e excreções são colocados em sacolas plásticas vermelhas independente do estado do paciente. T2† - O lixo contaminado com sangue, líquidos corporais, secreção e excreção é colocado dentro de sacos plásticos vermelhos, independente do estado de infecção do paciente.	A expressão "lixo" foi considerada como "material contaminado". A legislação atual exige a disposição desses materiais em sacos plásticos brancos devidamente identificados.
20	T1*- Eu limpo imediatamente derramamento de sangue ou outros líquidos corporais com desinfetante. T2† - Limpo os derramamentos de sangue ou outros líquidos corporais imediatamente com desinfetantes.	A expressão "líquidos corporais" foi substituído por "fluidos corporais".

*T1- Versão do tradutor 1; †T2 - Versão do tradutor 2

Figura 1 – Mudanças propostas pelos juízes para os itens da versão brasileira da escala (CSPS-PB). São Paulo, Brasil, 2014

A apresentação de alguns itens levantou algumas questões. A palavra "capote" foi adicionada ao item 16 porque "avental" pode ser confundido por avental branco no momento que o profissional responde este item. O item 20 foi extensamente discutido com relação a importância de determinar o significado de "superfícies" e que tipo de "desinfetante" seria usado, embora nenhuma mudança tenha sido feita neste item.

-Retro-tradução: Consenso foi obtido em relação à versão brasileira comparada à versão original da escala.

-Validação semântica: Este estágio foi realizado para verificar se todos os itens eram de fácil compreensão para os enfermeiros da população em estudo. Os enfermeiros de um hospital de grande porte na cidade de São Paulo, SP, Brasil foram entrevistados. Dez desses profissionais prestavam assistência ao paciente, um era do Comitê de Controle de Infecção do hospital, e outro era da Educação Permanente. Todos os participantes avaliaram os 20 itens da escala.

A escala foi aplicada aos 12 participantes, 10 dos quais (83,3%) eram mulheres. A idade média era 37,3 anos (DP = 8,7), mínima de 26 e máxima de 61 anos.

Em relação aos anos de experiência na profissão, seis (50%) trabalharam por 10 anos ou menos na área de enfermagem. Na avaliação geral, sete (60%) consideraram o instrumento muito satisfatório enquanto que cinco (41,7%) consideraram o instrumento satisfatório. Nenhum dos participantes considerou o instrumento não satisfatório. Em relação à clareza do instrumento, 10 (83,3%) disseram que os itens eram fáceis de entender e dois (16,7%) disseram que os itens eram difíceis de entender em alguns momentos. Considerando que as opções de resposta eram sempre, algumas vezes, raramente e nunca, 11 (97%) não tiveram dificuldade em escolher as opções de resposta enquanto que um dos participantes (8,3%) relatou alguma dificuldade. Em termos da relevância dos itens no trabalho diário, 11 (91,7%) acharam os mesmos bastante relevantes e um dos participantes (8,3%) achou os itens algumas vezes relevante.

No geral, a avaliação dos itens da escala por parte dos enfermeiros revelou que os itens eram compreensíveis e relevantes para prática clínica. Além disso, eles manifestaram que as opções de resposta eram claras e fáceis de entender.

As mudanças sugeridas para os quatro itens foram aplicadas da seguinte forma: Item 3 Uso produto a base de álcool para esfregar as mãos como alternativa se minhas mãos não estiverem visivelmente sujas" O termo "esfregar" foi substituído por "higienizar." A palavra "apenas" foi removida do item 13, "Uso apenas uma máscara cirúrgica ou junto com óculos de proteção, máscara facial e avental sempre que houver possibilidade de respingos ou derramamentos." A frase "Eu descarto" foi adicionada no começo do item 17 "Material contaminado com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções de pacientes em sacos plásticos brancos independente do estado infeccioso do paciente."

O item 20 levantou algumas questões. A primeira se refere ao tipo de desinfetante usado e a segunda à limpeza das superfícies porque foi apontado que os enfermeiros nem sempre são responsáveis por esta tarefa. A sugestão foi citar o tipo de superfície a ser descontaminada e o tipo de produto usado. Portanto, depois de consultar o autor

da versão original da CSPS sobre o item 20, "Limpo os derramamentos de sangue ou outros líquidos corporais imediatamente com desinfetantes", o termo "álcool" foi adicionado para especificar o tipo de desinfetante usado. -Pré-teste: Neste estágio, 50 enfermeiros que prestavam assistência ao paciente na instituição responderam ao instrumento; a maioria, 40 (80.0%), eram mulheres. Em relação ao número de empregos, 37 (74,0%) reportaram um emprego e 29 (58,0%) reportaram trabalhar 30 horas por semana. Em relação à unidade de atuação, a maioria dos profissionais, 34 (68.0%), trabalhava em unidades médicas e 16 (32,0%) trabalhavam em unidades cirúrgicas. Todos os itens da escala foram respondidos. A versão CSPS-PB provou ser de fácil compreensão e preenchimento. Os enfermeiros que participaram desta fase não sugeriram mudanças.

A versão CSPS-PB obtida, considerando todas as mudanças sugeridas e realizadas nos estágios descritos acima, é apresentada na Figura 2.

Versão brasileira da escala (CSPS-PB)
1. Eu lavo minhas mãos entre contatos com pacientes.
2. Eu uso somente água para lavar as mãos.
3. Eu uso produto a base de álcool para higienizar as mãos como alternativa se não estiverem visivelmente sujas.
4. Eu reencapo agulhas usadas após aplicar uma injeção.
5. Eu descarto materiais perfurocortantes em caixas próprias.
6. A caixa de materiais perfurocortantes é descartada somente quando está cheia.
7. Eu retiro os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em um local designado.
8. Eu tomo banho em caso de respingos extensos mesmo que eu tenha usado EPI.
9. Eu cubro meus ferimentos ou lesões com curativos a prova d'água antes do contato com pacientes.
10. Eu uso luvas quando estou exposto a fluidos corporais, sangue ou derivados e qualquer excreção de pacientes.
11. Eu troco de luvas entre contato com pacientes.
12. Eu higienizo as minhas mãos imediatamente após remover as luvas.
13. Eu uso máscara cirúrgica ou em combinação com óculos de proteção e avental sempre que houver a possibilidade de respingos ou derramamentos.
14. Minha boca e meu nariz ficam cobertos quando uso máscara.
15. Eu reutilizo uma máscara cirúrgica ou EPI descartável.
16. Eu uso avental/capote quando estou exposto a sangue, fluidos corporais ou qualquer excreção de pacientes.
17. Eu descarto material contaminado com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções de pacientes em sacos plásticos brancos independente do estado infeccioso do paciente.
18. Eu descontamino superfícies e equipamentos após o uso.
19. Eu uso luvas para descontaminar equipamentos que apresentam sujeira visível.
20. Eu limpo imediatamente com desinfetante (álcool) superfícies após derramamento de sangue ou outros fluidos corporais.

Figura 2 – Versão brasileira CSPS-PB. São Paulo, Brasil, 2014

Confiabilidade: A CSPS-PB foi aplicada para 300 enfermeiros que prestavam assistência de enfermagem na instituição; a maioria era composta por mulheres (Tabela 1). A idade mínima era 25 anos e a máxima 75 anos.

A confiabilidade foi avaliada através de consistência interna (alfa de Cronbach) e a estabilidade através de teste-reteste. A consistência interna obtida foi $\alpha=0,61$ enquanto que o CCI obtido no teste-reteste com os mesmos participantes duas semanas depois foi $0,85$ $p<0,001$, indicando correlação muito boa ou quase perfeita.

Tabela 1 – Distribuição profissional e demográfica dos enfermeiros ($n=300$) para avaliar confiabilidade e estabilidade da versão brasileira da escala (CSPS-PB). São Paulo, Brasil, 2014

Variáveis	Estatística
Idade	$\chi^2 = 39,0$ (DP=9,71)
Gênero	
Feminino	42 (14,0%)
Masculino	258 (86,0%)

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis	Estatística
Treinamento em precauções padrão	
Não	106 (35,3%)
Sim	194 (64,7%)
Experiência clínica (anos)	$\chi^2 = 10,0$ (DP=8,60)
Horas trabalhadas por semana	$\chi^2 = 40,7$ (DP=14,81)
Unidade em que atua	
Unidades médicas	92 (30,7%)
Unidades cirúrgicas	77 (25,7%)
Unidades ambulatoriais	76 (25,3%)
Unidade de tratamento intensivo	32 (10,3%)
Unidades de emergência	23 (7,7%)

Discussão

A maioria dos enfermeiros que participaram da adaptação da CSPS para o Brasil julgou o instrumento muito útil e relevante para prática diária em contexto clínico. Quanto ao nível de compreensão dos itens, a maioria respondeu que os mesmos eram fáceis de entender.

Os juízes fizeram sugestões para modificar alguns itens, especialmente o item 20, que gerou bastante discussão. A limpeza de derramamentos não é uma responsabilidade de enfermeiros brasileiros, mas sim uma atividade realizada pela equipe de limpeza. Portanto, a revisão do item 20 foi necessária. Um outro aspecto se referiu ao produto usado. Embora o álcool é considerado um desinfetante, este mesmo termo pode ser associado a outros produtos no Brasil (por exemplo, detergente líquido, detergente líquido para lavar louça). Para evitar confusão e melhorar a clareza do item, a palavra álcool foi adicionada entre parênteses.

O escopo da CSPS inclui o uso de EPIs, o descarte de resíduos e objetos perfurocortantes, e a prevenção de infecção cruzada. Estas medidas são uma preocupação imediata considerando que adesão atual está aquém do recomendado.

Vários estudos ao redor do mundo têm avaliado adesão dos profissionais de enfermagem às PP^(6-8,11-16,27). Uma revisão de literatura que tinha o propósito de identificar instrumentos já disponíveis para avaliar conhecimento e observância às PP revelou que a maioria das publicações são internacionais; 12 instrumentos foram selecionados, dos quais oito foram publicados em inglês, três em português e um em espanhol⁽²⁸⁾. Vale notar que 66,6% dos estudos envolviam enfermeiros e descreviam o desenvolvimento, origem e construção dos questionários. Entre os instrumentos, 58,3% foram validados. Uma outra revisão identificou 18 instrumentos que verificavam adesão às práticas de controle de infecção. A maioria dos estudos estabelecia que a validade de conteúdo e confiabilidade foram verificadas usando análises de consistência interna e teste-reteste⁽²⁹⁾.

A confiabilidade para consistência interna foi 0,61. Valores acima de 0,60 são considerados aceitáveis para estudos preliminares de validação e com o propósito de pesquisa⁽²²⁻²³⁾. O CCI obtido ($r=0,85$; $p<0,001$) indicou estabilidade muito boa⁽²⁵⁻²⁶⁾. O estudo da versão original da CSPS apresentou resultados satisfatórios de confiabilidade (Cronbach $\alpha = 0,73$; CCI = 0,79 para o teste-reteste duas semanas depois e 0,74 para o teste-reteste três meses depois)⁽¹⁶⁾.

A qualidade do processo de adaptação determina a validade do instrumento para medir o construto em questão. Desta forma, é importante que o instrumento escolhido para realizar a adaptação cultural tem sido bem desenvolvido e validado de forma abrangente com propriedades psicométricas satisfatórias. Considerando o crescente número de estudos realizados por enfermeiros com o intuito de traduzir, adaptar e validar instrumentos, a adoção de técnicas e métodos apropriados é necessária, além de avaliar confiabilidade e validade para assegurar a qualidade e rigor metodológico da pesquisa⁽³⁰⁾. O processo de adaptação usado neste estudo foi desenvolvido de acordo com os critérios metodológicos recomendados na literatura. É importante considerar os comentários do autor de um determinado instrumento em cada passo do processo e discutir o significado conceitual de cada item no processo de adaptação. O autor da CSPS participou deste processo e aprovou todas as alterações realizadas na versão em português.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações. A amostra em que o teste psicométrico foi conduzido foi restrita aos enfermeiros de uma única instituição, o que limita a generalização dos resultados. Estudos adicionais serão necessários para checar as propriedades psicométricas da CSPS-BP em estudantes de enfermagem ou profissionais trabalhando em diferentes hospitais ou serviços. Além disso, a validade da CSPS-BP deve ser verificada em outros cenários.

Conclusão

A adaptação da CSPS consistiu da tradução, consenso por juízes, retro-tradução e validação semântica. A execução destes estágios permitiu que a CSPS fosse culturalmente adaptada para enfermeiros brasileiros. A CSPS-PB revelou excelente nível de compreensão e os itens foram considerados relevantes para a prática clínica de enfermagem. A confiabilidade foi satisfatória e embora a consistência interna não foi considerada alta, é aceitável para estudo preliminar de validação. A estabilidade foi muito boa. Este estudo mostrou que a

CSPS-PB é apropriada para avaliar adesão às precauções padrão entre enfermeiros brasileiros. Estudos futuros são necessários para avaliar as propriedades psicométricas.

Agradecimentos

Para os enfermeiros Cláudio Luiz da Silveira, Aparecida Helena Vicentin e Maraísa Souza Palatin Ciocca do Hospital de Serviço Público Estadual (HSPE) e para a enfermeira Maria Cristina Mendes de Almeida por sua contribuição no processo de coleta de dados.

Referências

- Garner JS. Hospital infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996; 17(1):53-80.
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007. [Access Jul 13, 2015] Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.
- World Health Organization (WHO). Infection control standard precautions in health care. Health-care facility recommendations for standard precautions. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006. [Access Jul 13, 2015] Available from: http://www.who.int/csr/resources/publications/4EPR_AM2.pdf
- Warley E, Pereyra N, Desse J, Cetani S, de Luca A, Tamayo Antabak N, et al. Estudio sobre la exposición ocupacional a sangre y fluidos corporales en el personal de enfermería de un hospital de referencia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2009; 25(6):524-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000600009>
- Pereira FMV, Lam SC, Chan JH, Malaguti-Toffano SE, Gir E. Difference in compliance with Standard Precautions by nursing staff in Brazil versus Hong Kong. *Am J Infect Control.* 2015; 43(7):69-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.03.021>
- Liu XN, Sun XY, Van Genugten L, Shi YH, Wang YL, Niu WY, et al. Occupational exposure to blood and compliance with standard precautions among health care workers in Beijing, China. *Am J Infect Control.* 2014;42(3):37-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.12.002>
- Pereira FMV, Toffano-Malaguti SE, Silva AM, Canini SRMS, Gir E. Adherence to standard precautions of nurses working in intensive care at a university hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(3): 86-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300023>
- Ghorbani A, Sadeghi L, Shahrokhi A, Mohammadpour A, Khodadadi E. Hand hygiene compliance before and after wearing gloves among intensive care unit nurses in Iran. *Am J Infect Control.* 2016; pii: S0196-6553(16)30417-5. ahead of print 13 Jun 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.05.004>
- Loveday HP, Lynam S, Singleton J, Wilson JJ. Clinical glove use: healthcare workers' actions and perceptions. *J Hosp Infect.* 2014; 86(2):110-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2013.11.003>
- Liu WI, Liang SY, Wu SF, Chuang YH. Hand hygiene compliance among the nursing staff in freestanding nursing homes in Taiwan: a preliminary study. *Int J Nurs Pract.* 2014; 20(1):46-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12120>
- Brevidelli MM, Cianciarullo, TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(6):907-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000065>
- Marra AR, Noritomi DT, Westheimer Cavalcante AJ, Sampaio Camargo TZ, Bortoleto RP, Durao Junior MS et al. A multicenter study using positive deviance for improving hand hygiene compliance. *Am J Infect Control.* 2013; 41(11):984-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.013>
- Valim MD, Marziale MH, Hayashida M, Rocha FL, Santos JL. Validity and reliability of the Questionnaire for Compliance with Standard Precaution. *Rev Saúde Publica.* 2015; 49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005975>
- Chan R, Molassiotis A, Chan E, Chan V, Ho B, Lai, CY, et al. Nurses' knowledge of and compliance with universal precautions in an acute care hospital. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39(2):157-63. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00021-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00021-9)
- Lam SC. Universal to standard precautions in disease prevention: preliminar development of compliance scale for clinical nursing. *Int J Nurs Stud.* 2011; 48(12):1533-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.06.009>
- Lam SC. Validation and cross-cultural pilot testing of compliance with standard precautions scale: self-administered instrument for clinical nurses. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(5):547-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1086/675835>
- Zheng Xiaofeng, Sun Lihui, Liu Guizhi, Zhang Xia. Standard precautions among emergency department medical personnel: status quo and analysis. *Med J Qilu.* 2014;29(3): 235-7. doi: <http://dx.doi.org/10.13362/j.qlyx.201403017>
- Cruz JP, Colet PC, Al-otaibi JH, Soriano SS, Cacho GM, Cruz CP. Validity and reliability assessment of the Compliance with Standard Precautions Scale Arabic

- version in Saudi nursing students. *J Infect Public Health*. 2016 Mar 3. pii: S1876-0341(16)00035-6. ahead of print Epub 3 mar 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2016.01.010>
19. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural Adaptation of Health- Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46(12):1417-32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
20. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília; 2005. [Acesso 30 jun 2016]. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-2%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-2%20(atualizada%202011).pdf).
21. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J*. 1996;9(6):1160-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.96.09061160>
22. DeVellis RF. Scale Development: theory and applications. 3th.ed. Applied Social Research Methods. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1991. 199 p.
23. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 687 p.
24. Nunnally JL. Psychometric theory. 2nd.ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
25. Mcdowell I, Neweel C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd.ed. New York: Oxford. University Press; 1996.
26. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, Van Der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
27. Powers D, Armellino D, Dolansky M, Fitzpatrick J. Factors influencing nurse compliance with Standard Precautions. *Am J Infect Control*. 2016 Jan 1;44(1):4-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.001>
28. De Carvalho Nagliate P, Nogueira PC, de Godoy S, Mendes IA. Measures of knowledge about standard precautions: a literature review in nursing. *Nurse Educ Pract*. 2013; 13(4): 244-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.011>
29. Valim MD, Marziale MH, Richart-Martínez M, Sanjuan-Quiles A. Instruments for evaluating compliance with infection control practices and factors that affect it: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2014; 23(11-12):1502-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12316>
30. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs*. 2007; 16(2):234-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>

Recebido: 7.8.2015

Aceito: 26.10.2016

Correspondência:

Fernanda Maria Vieira Pereira
Universidade Federal Fluminense. Departamento de Enfermagem
Campus Universitário de Rio das Ostras
Rua Recife, s/n
Bairro: Jardim Bela Vista
CEP: 28895-532, Rio das Ostras, RJ, Brasil
E-mail: fernanddamaria@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

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