

Artigo Original

Adaptação transcultural de instrumento para avaliação da assistência da doença renal crônica

Cross-cultural adaptation of an instrument to assess care for chronic kidney disease

<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i3.9355>

Andyara Thalissa Forin Paes^{1*} ORCID 0000-0002-5121-0839, Ana Rita Barbieri² ORCID 0000-0001-7931-7884, Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso² ORCID 0000-0002-9431-7484, Weverton Machado Luchi³ ORCID 0000-0001-5762-8921, Leandro Sauer⁴ ORCID 0000-0003-4882-428X

RESUMO

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural e validação de conteúdo para o português brasileiro do *Questionnaire Evaluating Primary Care Practitioners' confidence and knowledge in managing chronic kidney disease* (QICKD-CCQ). **Materiais e métodos:** Estudo metodológico para adaptação transcultural e validação de conteúdo. O instrumento original do Reino Unido para avaliar a segurança e o conhecimento dos profissionais da atenção primária em saúde no tratamento da doença renal crônica. Quatro profissionais realizaram a tradução e retro tradução, foi avaliado por cinco especialistas com o Método *Delphi* em quatro rodadas. A validação semântica por 50 profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária em saúde. Para consistência interna utilizada estatística com alfa de Cronbach. **Resultados:** Foram mantidos os 07 domínios presentes no instrumento original QICKD-CCQ, com adaptações para a língua portuguesa brasileira para os termos utilizados no Sistema Único de Saúde. As correlações encontradas em todos os domínios foram positivas e o instrumento apresentou nível de confiança de 0,82959, o que indica consistência e alto índice de concordância do instrumento. **Conclusão:** O instrumento QICKD-CCQ, versão português, foi considerado válido e confiável para caracterizar a capacidade, segurança e o conhecimento dos profissionais da atenção primária em saúde para o manejo de pacientes com doença renal crônica.

Palavras-chave: Estudos de validação; Psicometria; Inquéritos e questionários; Insuficiência Renal Crônica; Política pública.

1 Hospital Reginal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

2 Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

3 Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.

4 Programa de Pós-graduação em Administração – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

***Autor Correspondente:** Programa de Pós Graduação em enfermagem, Instituto integrado de saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. Cidade Universitária s/n, Av. Costa e Silva - Pioneiros, MS, 79070-900. Email: andyaratalissa@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To carry out the cross-cultural adaptation and content validation into Brazilian Portuguese of the Questionnaire Evaluating Primary Care Practitioners' confidence and knowledge in managing chronic kidney disease (QICKD-CCQ). **Material and Methods:** Methodological study for cross-cultural adaptation and content validation. The original UK instrument to assess the safety and knowledge of primary health care professionals in the treatment of chronic kidney disease. Four professionals performed the translation and back-translation, it was evaluated by five experts using the Delphi Method in four rounds. Semantic validation by 50 primary health care physicians and nurses. For internal consistency, statistical with Cronbach's alpha was used. **Results:** The 07 domains present in the original QICKD-CCQ instrument were kept, with adaptations to the Brazilian Portuguese language for the terms used in the Unified Health System. The correlations found in all domains were high, and the instrument had a confidence level of 0.82959, which indicates consistency and a high level of agreement for the instrument. **Conclusion:** The QICKD-CCQ instrument, Portuguese version, was considered valid and reliable to characterize the capacity, safety and knowledge of primary health care professionals for the management of patients with chronic kidney disease.

Keywords: Validation Study; Psychometrics; Surveys and Questionnaires; Renal Insufficiency, Chronic; Public Policy.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) se caracteriza por anormalidades da estrutura ou função renal, presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde¹. Acomete mais de 750 milhões de pessoas no mundo e representa alto custo econômico para os sistemas de saúde. Um estudo americano feito com dados do *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS-HC) de 2002 a 2011, identificou que pacientes com DRC, não dialítica implicam em 18,2% dos gastos totais, e os pacientes em diálise tem um custo aproximado de \$ 22.348 dólares por paciente ano, o que é quase três vezes mais do que os pacientes sem DRC².

Na América Latina, informações quanto à prevalência de DRC são escassas, principalmente com relação a assistência em atenção primária em saúde (APS)³. Segundo informações do Censo de diálise nacional, a quantidade de pacientes que necessitaram de diálise crônica no Brasil, mais que dobrou passando de 65.129 para 139.691, no período entre 2005 a 2019⁴.

A DRC é assintomática em seus estágios iniciais, com início lento e progressivo, e deve ser identificada precocemente e monitorada na APS para retardar lesões renais permanentes e terapia renal substitutiva (TRS)^{5,6}. A identificação precoce, o manejo dos fatores de risco, e o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas estão entre as metas estabelecidas para a abordagem da DRC⁶.

Apesar dos profissionais da APS serem os principais atores para diagnosticar e gerenciar a DRC em estágios iniciais, existem dificuldades neste campo, por isso, é preciso conhecer as reais barreiras que limitam a qualidade na assistência⁷.

A adaptação, tradução e validação transcultural (ATC) para instrumentos de avaliação em saúde é indicada quando usados em novos países, culturas e/ou idiomas, com metodologia única, e deve alcançar equivalência entre a fonte original e seu idioma alvo⁸.

A confiabilidade e a validade são as principais propriedades de medidas de um instrumento. A primeira refere-se ao quanto um instrumento é preciso e relaciona-se principalmente à estabilidade,

consistência interna e equivalência de uma medida⁹. A validade de conteúdo, avalia se as perguntas formuladas medem o fenômeno investigado¹⁰. A triangulação metodológica é usada para assegurar a validade de conteúdo¹¹.

Avaliações sobre o conhecimento e capacidade de manejo dos profissionais de saúde frente à DRC são importantes para organizar e guiar políticas públicas e, da sua relevância, este trabalho objetivou realizar a tradução e ATC do instrumento QICKD-CCQ, sendo intitulado nesta versão como Questionário para avaliação de profissionais da APS, quanto à segurança e ao conhecimento no manejo da DRC. O mesmo é validado e sua importância destaca-se pela ausência de instrumento similar para esta avaliação no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

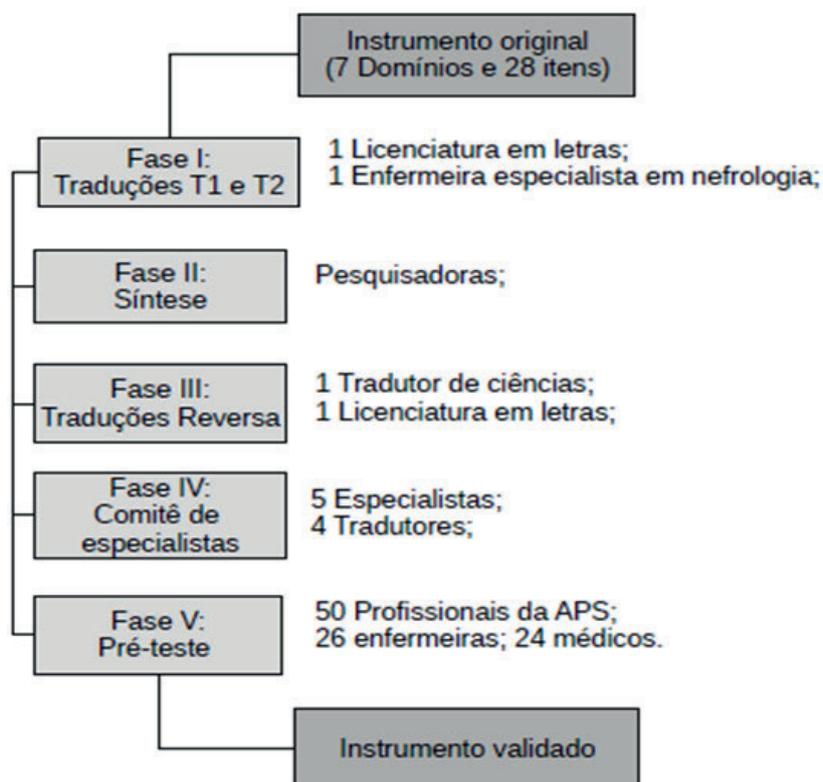
Estudo metodológico de abordagem qualitativa e quantitativa, para realizar a ATC e validar para o português brasileiro o questionário QICKD-CCQ, com vistas a caracterizar o grau de segurança e conhecimento dos profissionais da APS para o manejo na DRC¹². A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com o parecer número 4.002.832.

O questionário QICKD-CCQ adaptado para o português brasileiro teve a versão original desenvolvida e validada na língua inglesa, em Londres no Reino Unido em 2014, o qual contém sete domínios e 28 questões¹³.

O presente estudo foi desenvolvido na capital de Mato Grosso do Sul – Brasil, no programa de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e decorreu na secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/Mato Grosso do Sul (SESAU-CG/MS).

Os procedimentos metodológicos foram realizados conforme Dash e QuickDASH⁸ e as recomendações de Reichenheim e Moraes¹⁴.

As etapas estão descritas na Figura 1. A população do estudo consistiu em 50 profissionais de



APS, sendo 26 enfermeiras e 24 médicos.

Figura 1. Etapas da adequação e validação do instrumento *Questionnaire Evaluating Primary Care Practitioners' confidence and knowledge in managing chronic kidney disease (QICKD-CCQ)*, Campo Grande/MS, 2020.

Para a fase I da pesquisa, o instrumento original foi submetido a duas traduções independentes, do inglês para o português brasileiro, onde, participaram duas tradutoras bilíngues com o idioma de destino como língua materna, dando origem as versões T1 e T2. A primeira tradutora é licenciada em letras, e ingênua ao tema, já a segunda tradutora enfermeira mestre e especialista em nefrologia.

Na sequência na fase II, as autoras desenvolveram a síntese das versões T1 e T2, por meio de discussões sobre diferenças de tradução, e assim, foi produzido uma documentação escrita do processo. Trabalhando a partir do questionário original, bem como da versão do primeiro tradutor (T1) e do segundo tradutor (T2), resultando em uma tradução comum (T-12).

A fase III trabalhou a partir da versão T-12 do questionário, e gerou as versões BT1 e BT2. Ambos os profissionais são bilíngues, e com o idioma de origem (inglês) como segunda língua. Apesar da recomendação metodológica em que os tradutores, nesta fase, tenham como língua materna o idioma original do instrumento, ambos profissionais envolvidos nesta etapa da pesquisa, contam com vasta vivência pessoal na cultura de origem do instrumento (inglês). Estes tradutores foram blindados ao questionário original e sem antecedentes médicos, conforme recomendado pela metodologia seguida⁸. O primeiro profissional foi um tradutor de ciências e o segundo licenciado em letras.

Na IV fase as versões elaboradas a partir do instrumento original foram submetidas ao comitê de especialistas, a fim de alcançar a equivalência intercultural do instrumento traduzido.

O comitê de especialistas, foi composto por profissionais do Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Nefrologia, Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul e SESAU CG-MS, e realizou as validades de conteúdo e aparência. Ao final de cada rodada a média das proporções dos itens eram calculadas.

Quanto as recomendações metodológicas, em termo, os autores principais mantiveram proximidade com o Comitê de especialistas. Para a tradução do instrumento e adaptação obteve-se prévia autorização com posterior aceite das adequações interculturais. No decorrer da pesquisa as traduções demonstraram ser muito simples, pois são terminologias médicas de amplo uso e de protocolo terapêutico internacional, assim não causavam interpretações dúbias. E ainda além de considerar nossa cultura local, optamos em adequar também as terminologias do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que entendemos ser relevante para a adaptação cultural do instrumento, porém sem proximidade ao autor principal.

As discussões ocorreram em quatro rodadas Delphi, com duração de 3 meses com avaliação da e considerou as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental¹⁵. O instrumento foi enviado eletronicamente e as questões de cada domínio continham resposta em escala tipo Likert de 5 pontos para o julgamento: concordância total; concordância parcial; não concorda e não discorda; discorda parcial; discorda. Ao final de cada dimensão havia espaço para considerações dos juízes; as quais eram analisadas pelas pesquisadoras quanto às adaptações para termos científicos em português brasileiro e no SUS. Para a rodada seguinte, as sugestões eram devolvidas com explicações referente a incorporação ou não destas.

A quinta fase envolveu o pré-teste com avaliação semântica do instrumento para verificar se os itens eram compreensíveis aos profissionais da APS. O recrutamento foi por seleção aleatória, com os seguintes critérios: atuar na APS, possuir e-mail, não estar afastado por licença médica ou férias. O convite foi de forma individual e o instrumento foi enviado por formulário em link eletrônico do *software Redcap*®.

Para a confiabilidade na fase do pré-teste, avaliou-se a consistência interna por meio do cálculo

do Alfa de Cronbach em cada dimensão do instrumento, considerado adequado quando superior a 0,80 ($\alpha \geq 0.80$)¹⁵. Para avaliação foram feitas cinco perguntas relacionadas a estrutura geral do instrumento, as respostas foram em escala de três pontos: concordo; em parte e não concordo.

RESULTADOS

As versões traduzidas foram ajustadas com poucas discrepâncias nas três primeiras fases. Alguns termos traduzidos foram adaptados para a linguagem utilizada no SUS com o apoio dos tradutores.

Na primeira rodada Delphi avaliou-se as cinco versões traduzidas e o questionário original. Houve o entendimento que o termo “avaliação da confiança” no título distorcia a proposição, e o indicado seria “avaliação do grau de segurança” pois o questionário pretende avaliar se o profissional tem segurança para conduzir o cuidado da DRC.

No domínio um, “Hipertensão em pacientes com DRC” houve a adaptação de alguns termos, como, “cuidado”, foi substituído por manejo e, paciente “usuário”. No domínio dois, o termo recomendado “estadiamento” ou “estadiar a doença”, não foi adotado por não ser de uso amplo pelos profissionais da APS. O domínio três teve a adoção do termo “albuminúria” em substituição a “proteinúria”, pois considerou-se ser o termo utilizado na classificação da DRC, além de ser um marcador de risco de progressão da doença e prognóstico cardiovascular.

No domínio quatro foi retirada a conjunção de ligação “ou” por pressupor que os fármacos inibidores da enzima cardioversora da angiotensina (iECA) e bloqueadores de receptores da angiotensina II (BRA) poderiam ser utilizados juntos, o que é proscrito atualmente. No domínio 5, foi proposto incluir a referência de qual escore usar, como exemplo foi suposto escore de Framingham, e não foi o adotado, por não ser o único utilizado.

Foi sugerido definir o tipo de terapia que se pretende avaliar, e foi acatada a terapia medicamentosa. No domínio seis, foi proposto alterar “cuidados secundários” para “atenção especializada”, ainda na questão C “Que taxa de declínio anual na TFGe levaria você a encaminhar os usuários à atenção especializada?”, foi sugerido excluir o termo “anual” por denotar que o paciente está sendo acompanhado por um período na APS, entretanto não foi acatada por ser indicação clínica a avaliação anual da redução de TFGe.

Quanto a versão BT1, feita nas retraduições, as seguintes sugestões foram adotadas: substituir “degree” por “level”. No domínio 4, “*What is your degree of confidence in adding a loop diuretic (e.g., furosemide) for CKD patients already on the maximum dose of an ACE inhibitor and/or ARB?*” foi sugerido acrescentar o termo “using” e retirar “on”. *What is your degree of confidence in adding a loop diuretic (e.g. g., furosemide) for CKD patients already using the maximum dose of an ACE inhibitor and/or ARB?* Na versão BT2 das retraduições, houve discordância quanto aos termos “*strongly unbeliever*”; “*degree of confidence*”; “*unbeliever*” e “*suffering*”. Nos itens “a” e “b”, a preposição “for” seria mais fiel que “to” for the CKD em lugar de “to the CKD”.

Na segunda rodada Delphi, os especialistas receberam uma única versão do questionário, com as sugestões condensadas.

Quanto a análise geral do questionário e seus termos utilizados, houve concordância em 80%. E ainda dentre as concordâncias houveram sugestões para adequações para dois termos:

1. O termo segurança no lugar de confiança, por compreender que a ferramenta pretende avaliar se o profissional se sente apto para conduzir o cuidado da DRC,
2. Na escala de 5 pontos, de “Não confiante 1”, para “Muito confiante 5”, foi acatado substituir por “Nem um pouco confiante 1”;

Na terceira rodada Delphi as sugestões acatadas foram:

1. Adotados os termos: adequação da escrita de siglas; segurança em vez de confiança.
2. Sugestões recebidas para duas alternativas:
 - a) “Considerando exclusivamente a TFG_e, em qual estágio da DRC você encaminharia os usuários à atenção especializada?”;
 - b) Quanto você se sente confiante no uso de iECA ou BRA;
3. Em relação a tradução, foi orientado: substituir “*e.g. g., furosemide*” por “*e.g, furosemide*”, substituir “*angiotensireceptor*” por “*angiotensin receptor*”.

Na quarta rodada Delphi foram verificadas as sugestões para 11 itens que ainda não haviam alcançado o consenso. O instrumento foi finalizado com 7 domínios e 28 questões. As sugestões recebidas foram as seguintes:

1. Domínio 1 “Hipertensão em pacientes com DRC”, com 5 itens, recebeu 9 sugestões, obtendo consenso de 80% em 05, de 100% em 03, e de 60% em uma, esta última foi encaminhada para adequação de escrita;
2. Domínio 2 a) incluiu o termo classificar em estágios a DRC, por ser utilizado nas diretrizes clínicas;
3. Domínio 4 “Medicações” foi necessário corrigir a ausência da preposição “de”, sendo adaptada “Qual o seu grau de segurança no uso de IECA ou BRA?”;
4. Domínio 6 “Encaminhamento para atenção especializada” houve consenso em adequar o termo para atenção especializada.

Pré-Teste do Instrumento

O instrumento foi testado por 50 profissionais da APS, para a análise semântica e validação de conteúdo, medida pela concordância e alfa de Cronbach. Cada domínio alcançou um alto índice estatístico, o que indica a consistência interna do instrumento.

A validade aparente, medida entre os juízes alcançou 100% de concordância na maioria dos itens. Em um dos itens, houve 80% de concordância, referente a estrutura geral, fato sugestivo de que algumas questões fossem sobre o manejo clínico.

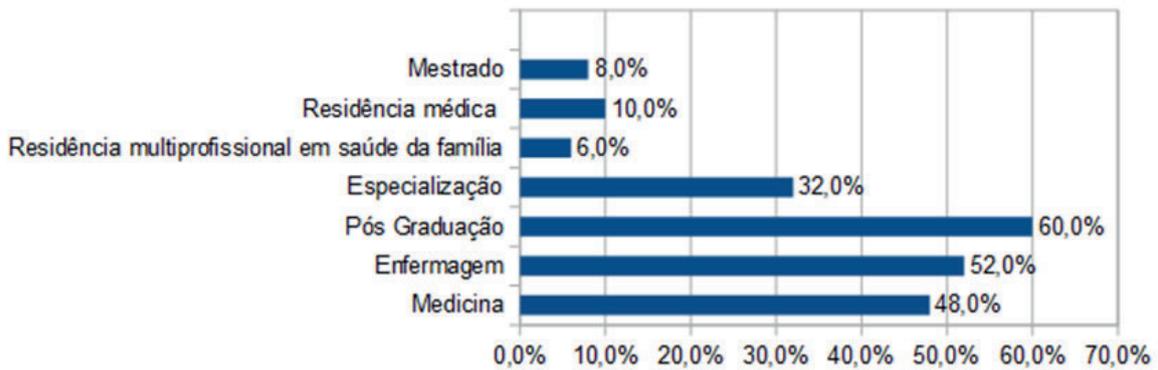
A validade aparente medida no pré-teste constatou que em relação as perguntas serem, fáceis, e muito adequadas para abordar a DRC; o primeiro e quarto domínio atingiram o aceite de (66%); segundo domínio (78%); terceiro domínio (76%); quinto domínio (80%); sexto domínio (62%), e sétimo domínio (92%). Quanto a serem fáceis, e, logo, “precisar ler novamente, porque parecia ter mais de uma resposta” o domínio cinco recebeu o maior índice (20%), os demais obtiveram porcentagem inferiores a 12%.

Houve variação de 2 a 18% com relação as questões serem “difíceis por não se conhecer todos os conceitos” e “difíceis por precisar ler mais de uma vez”, exceto para os domínios 5 e 7%, os quais não receberam essa avaliação. No tocante geral o questionário foi considerado, adequado (78%), simples (24%) e capaz de medir o conhecimento dos profissionais quanto à DRC (pertinência) (48%).

Foram poucas as avaliações com relação a não atender as premissas de aceite, sendo considerado confuso (18%), longo (14%), e não capaz de medir o conhecimento dos profissionais (4%), de tal forma que pode ser acatado o aceite do instrumento como um todo (Anexo 1).

Grande parte dos avaliadores médicos, 10 (41,6%), e enfermeiras, 12 (46,15%), encontrava-se na faixa etária entre 31 e 40 anos. A formação profissional dos participantes da pesquisa pode ser

vista na figura 2.



Formação profissional dos participantes da pesquisa. Campo Grande - MS, 2020.

Perguntas	Características Médicos		Características Enfermeiras	
	N 24	%	N 26	%
Recebeu capacitação em doença renal nos últimos 12 meses?				
Sim	04	16,6	04	15,38
Não	20	83	22	84,6
Com que frequência atende pessoas com doenças crônicas não transmissíveis?				
Sempre	11	45,83	12	46,15
Muitas vezes	10	41,6	07	26,9
Algumas vezes	01	4,16	02	7,69
Poucas vezes	02	8,33	05	19,23
Em seu serviço existem metas de controle de pressão arterial e glicemia para a população dos grupos de risco?				
Sempre	20	83	12	46,15
Muitas vezes	04	16,6	07	26,9
Algumas vezes	00	00	02	7,69
Poucas vezes	00	00	05	19,23
Com que frequência atende pessoas com diabetes e hipertensão?				
Sempre	18	75,0	17	65,38
Muitas vezes	06	25,0	09	34,6
Algumas vezes	00	00	00	00
Poucas vezes	00	00	00	00
Com que frequência atende pessoas com idade a partir de 60 anos?				
Sempre	16	66,6	14	53,84
Muitas vezes	07	29,16	11	42,3
Algumas vezes	01	4,16	01	3,84
Poucas vezes	00	00	00	00
Com que frequência atende pessoas na faixa etária de 15-30 anos?				
Sempre	10	41,6	11	42,3
Muitas vezes	09	37,5	10	38,46
Algumas vezes	04	16,6	04	15,38
Poucas vezes	01	4,16	01	3,84
Atuam em serviços de urgência e emergência				
	08	33,3	13	50

Figura 2. Formação dos profissionais participantes da pesquisa para a análise semântica e validação de conteúdo. Campo Grande/MS, 2020 (n=50).

A Caracterização dos profissionais quanto ao campo e aporte da instituição que trabalha e atendimento a pacientes de grupo de risco, conforme faixa etária é apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais quanto ao campo e aporte da instituição em que trabalha e atendimento a pacientes de grupo de risco, conforme faixa etária. Campo Grande/MS, 2020 (n = 50).

Ainda para a caracterização dos profissionais, a pergunta sete foi: “Quem é o paciente renal crônico, na sua compreensão?” Para as respostas considerou-se o conhecimento dos profissionais sobre DRC, foram constatadas dimensões relacionadas a bem-estar e tratamento, e apenas uma vez surgiu o termo diálise peritoneal. Não surgiram dimensões relacionadas à alimentação, fatores psicológicos, econômicos e demográficos.

Algumas definições sobre DRC foram incorretas, mas em sua maioria, estavam adequadas, assim como a conduta para tratamento. O menor enfoque, ou inexistente foi relacionado a fatores psicossociais e dietéticos.¹⁶

DISCUSSÃO

Compreender os determinantes ou as causas de eventos de saúde é um dos pilares da saúde pública, ferramentas como os construtos desenvolvidos para investigações em saúde propiciam a percepção de saúde em determinada população. Com ênfase neste aspecto, para a investigação de diferentes cenários culturais é necessária a adaptação transcultural de instrumentos (ATC).

A ATC, quando desenvolvida em idioma diferente da população alvo, compreende a tradução, retrotradução, e a adaptação cultural ajustada ao contexto da cultura-alvo^{8,9}.

O objetivo original do instrumento na adaptação transcultural, quando investiga as diferenças socioculturais na população alvo é definido como abordagem universalista¹⁷.

Os resultados deste estudo permitiram a ATC e confirmação de confiabilidade do instrumento QICKD-CCQ. Houve concordância entre avaliadores/juízes na aplicação para profissionais enfermeiros e médicos da APS do instrumento adaptado para o português do Brasil.

O perfil multiprofissional dos juízes contribuiu para a adequação do instrumento. Estudos que abrangeram diferentes áreas de atuações profissionais, encontraram resultado semelhantes no contexto da APS^{18,19}.

Nos domínios “hipertensão em pacientes com DRC”, medicações, e encaminhamento para atenção especializada, em relação a compreensão e entendimento, a análise estatística encontrou aceitação entre 62 e 66%. Para o domínio “hipertensão em pacientes com DRC”, (18%) consideraram ser difícil, por não conhecerem todos os conceitos. Quanto a serem difíceis por se “precisar ler mais de uma vez”, os domínios medicação e encaminhamento para a atenção especializada, receberam (16%) dos julgamentos.

Estudos sobre a percepção e compreensão individual dos profissionais referentes ao monitoramento da DRC em estágios iniciais, constataram a necessidade em melhorar a compreensão do declínio renal para prevenção em DRC, a fim de reduzir subdiagnósticos, sobretudo no cuidado da APS^{20,21}.

No item Proteinúria, foi sugerido a adaptação para albuminúria, pela relevância clínica do teste, por considerar que albuminúria é o termo utilizado na classificação da DRC, além de ser um marcador de risco de progressão da doença e prognóstico cardiovascular^{1,22,23}. A identificação precoce de disfunção renal é considerada eficaz para a estratificação do estadiamento da DRC, por proporcionar tratamento personalizado, e a coordenação de cuidados entre APS e a nefrologia^{7,24}.

Lacunas encontradas entre os profissionais responsáveis pelo atendimento aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial a HAS e o DM, e a populações acima dos 60 anos de idade, foram conseguir realizar exames laboratoriais em tempo hábil, adesão ao tratamento, e por não terem recebido capacitação em DRC nos últimos 12 meses.

As metas para controle de pressão arterial e glicemia sérica, aplicadas na APS, são fundamentais para a identificação de quem é o paciente renal crônico e detectar a disfunção renal desta população. Pesquisas confirmam a influência de tais fatores para o elevado risco de morbimortalidade e menor qualidade de vida relacionada no contexto da DRC^{25,26}.

A menor ênfase à prevenção com maior proximidade a sinais e sintomas pode estar relacionada ao modelo biomédico de formação e organização da rede de cuidados¹⁵. Outras pesquisas identificaram lacunas semelhantes, pois ressaltaram a necessidade no uso de diretrizes para estruturação de atendimento como, acompanhar a evolução clínica, estimular o saber da população e a busca pelo cuidado em saúde^{27,28}.

Vale ressaltar que inferir qual é o conhecimento e a segurança para o manejo da DRC em cada equipe de saúde, permite partir do prévio conhecimento dos participantes em compreender as dificuldades vividas em cada contexto, para então estruturar uma rede de cuidados eficazes, preventivos, e oportunos a proximidade da APS, além do matriciamento com o serviço de especialistas em nefrologia^{3,7}.

Os pontos fortes alcançados nesta pesquisa, foram a versão adaptada ter demonstrado as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de instrumento inédito no Brasil, com a proposição de conhecer as singularidades de equipes da APS, além de trabalhar as diretrizes clínicas para a DRC no SUS. Dentre as limitações estão a ausência de outros estudos brasileiros para comparabilidade, de tal forma, recomenda-se a avaliação de suas propriedades psicométricas em estudos futuros para a identificação de sua confiabilidade e validade, por meio de outras avaliações.

CONCLUSÃO

O Comitê de Especialistas validou a ATC do instrumento QICKD-CCQ quanto ao conteúdo e aparência, com significância estatística de concordância. A validação semântica, no que se refere a consistência interna e concordância foram positivas da versão adaptada para o português brasileiro, que obteve a fidedignidade confirmada; com Alfa de Crombach, com índice de 0,829591.

Nesta pesquisa foi feita apenas a primeira etapa para a construção e validação do construto, que ainda deverá avançar com outros testes de validade após ser aplicado aos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Pode-se inferir que o uso do instrumento leva ao questionamento da amplitude do conhecimento referente ao assunto e pode contribuir para a proposição de processos de formação continuada nas instituições onde o mesmo poderá ser aplicado.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do sul, além do apoio financeiro da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Contribuição dos Autores

ATFP: Concepção, planejamento do estudo, obtenção, análise dos dados, e redação da versão final

publicada;

ARB: Planejamento do estudo, análise, interpretação dos dados, e aprovação final da versão publicada;

AIQ: análise, revisão crítica e aprovação final da versão publicada;

WML: concepção, análise, revisão crítica e aprovação final da versão publicada;

LS: análise e revisão crítica.

Conflito de Interesse

Os autores declaram não possuir conflito de interesse

REFERÊNCIAS

1. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) ckd work group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)*. 2013;3(1):150-2. Disponível em: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.
2. Ozieh MN, Bishu KG, Dismuke CE, Egede LE. Trends in healthcare expenditure in United States adults with chronic kidney disease: 2002–2011. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(368):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2303-3>.
3. Herrera-Añazco P, Taype-Rondan A, Lazo-Porras M, Quintanilla EA, Ortiz-Soriano VM, Hernandez AV. Prevalence of chronic kidney disease in Peruvian primary care setting. *BMC Nephrol*. 2017;18(246):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0655-x>.
4. Lopes, Marcelo Barreto Brazilian Nephrology Census 2019: a guide to assess the quality and scope of renal replacement therapy in Brazil. How are we, and how can we improve?. *Brazilian Journal of Nephrology [online]*. 2021, v. 43, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-E006>.
5. Grill AK, Brimble S. Approach to the detection and management of chronic kidney disease: What primary care providers need to know. *Can Fam Physician*. 2018;64(10):728-735.
6. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2016;11(7):e0158765. Disponível em: <https://doi:10.1371/journal.pone.0158765>.
7. Sinclair PM, Day J, Levett-Jones T, Kable A. Barriers and facilitators to opportunistic chronic kidney disease screening by general practice nurses. *Nephrology (Carlton)*. 2017; 22(10):776-782. Disponível em: <https://doi:10.1111/nep.12856>.
8. Beaton D, Claire B, Francis G, Marcos BF. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Institute for Work & Health. 2007.
9. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017;26(3):649-659. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.
10. Cunha CM, Neto OPA, Stackfleth R. Main psychometric evaluation methods of the validity of measuring instruments. *Rev. Aten. Saúde*. 2016;14(47):75-83. Disponível em: <https://doi:10.13037/rbcs.vol14n47.3391 ISSN 2359-4330>.
11. Minayo MCS. Introdução. In: Minayo MCS; Assis SG; Souza ER (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010
12. Polit DF, Beck, CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

13. Tahir M, Hassan S, Lusignan S, Shaheen L, Chan T, Dmitrieva O. Development of a questionnaire to evaluate practitioners' confidence and knowledge in primary care in managing chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2014;15(73):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2369-15-73>.
14. Reichenheim, ME; Moraes, CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(4) 665-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>.
15. Pasquali L. Test validity. *Examen: Política, Gestão e Avaliação da Educação.* 2017;1(1):14-48. Disponível em: <https://examen.emnuvens.com.br/rev/article/view/19>.
16. Randow R, Campos KFC, Roquete FF, Silva LTH, Duarte VES, Guerra VA. Peripheralization of Integrative and Complementary Practices at Primary Health Care: The challenge of Lian Gong as a practice of Health Promotion. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2016;29(Suppl.):111-17. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p111>.
17. Reichenheim M, Bastos JLW. what for and how? Developing measurement instruments in epidemiology. *Revista de Saúde Pública.* 2021, v. 55. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002813>.
18. Pai SD, Langendorf TF, Rodrigues MCS, Romero MP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Psychometric validation of a tool that assesses safety culture in Primary Care. *Acta paul. enferm.* 2019;32(6):642-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900089>.
19. Liberatti VM, Gvozd R, Marcon SS, Matsuda LM, Cunha IC, Haddad MC. Validation of an audit instrument for the Unified Health System. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(5):500-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900070>.
20. Van Dipten C, Van Berkel S, Grauw WJC, Scherpbier-de Haan ND, Brongers B, Van Spaendonck K, Wetzels JFM, et al. General practitioners' perspectives on management of early-stage chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):81. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0736-3>.
21. Simmonds R, Evans J, Feder G, Blakeman T, Lasserson D, Murray E, et al. Understanding tensions and identifying clinician agreement on improvements to early-stage chronic kidney disease monitoring in primary care: A qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(3):e010337. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010337>.
22. Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD, et al. Practical approach to detection and management of chronic kidney disease for the primary care clinician. *Am J Med.* 2016;129(2):153-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.025>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada e temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2020 10 Jun]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acessado em 04/12/2019.
24. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet.* 2017;389(10075):1238-1252. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5).
25. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt L, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3327. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>.
26. Sequist TD, Holliday AM, Orav EJ, Bates DW, Denker BM. Physician and patient tools to improve chronic kidney disease care. *Am J Manag Care.* 2018;24(4):e107-e114.
27. Van Gelder VA, Scherpbier-De Haan ND, De Grauw WJ, Vervoort GM, Van Weel C, Biermans MC, et al. Quality of chronic kidney disease management in primary care: A retrospective study. *Scand J Prim Health Care.* 2016;34(1):73-80. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132885>.

28. Adejumo OA, Akinbodewa AA, Iyawe IO, Emmanuel A, Ogungbemi O. Assessment of knowledge of chronic kidney disease among non-nephrology nurses in Akure, South-West Nigeria. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2018;9(6):1417-23. Disponível em: <https://doi: 10.4103/1319-2442.248288>.