

Tradução, adaptação cultural e validação da *Kidney Disease Loss Scale* para o contexto brasileiro

Translation, cultural adaptation and validation of *Kidney Disease Loss Scale* to the Brazilian context

Autores

Ana Carolina Ottaviani¹
Fabiana de Souza Orlandi¹

¹ Universidade Federal de São Carlos.

RESUMO

Introdução: As perdas podem ser conceituadas como respostas cognitivas e afetivas para tristezas individuais, caracterizadas pelo remoer, anseio, descrença e sentimentos atordoados, sendo clinicamente significativa em doenças crônicas. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi traduzir, adaptar culturalmente e validar o *Kidney Disease Loss Scale* para a língua portuguesa. **Métodos:** Estudo de validação envolveu as etapas preconizadas na literatura internacional para instrumentos da área de saúde: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de juízes, pré-teste e avaliação das propriedades psicométricas. **Resultados:** A escala foi traduzida e adaptada para o idioma português, sendo de fácil e rápida aplicação. A confiabilidade e a reprodutibilidade apresentaram valores satisfatórios. A análise fatorial indicou um fator que explica 59,7% do constructo de perdas. **Conclusão:** A Escala de Perdas referente à Doença Renal foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro, permitindo estudos futuros sobre perdas e instrumentalizando os profissionais atuantes em centros de diálise para assistência à pessoa com doença renal crônica.

Palavras-chave: estudos de validação; insuficiência renal crônica; questionários.

ABSTRACT

Introduction: Losses can be conceptualized as cognitive and affective responses to individual sorrows, characterized by brooding, yearning, disbelief and stunned feelings, being clinically significant in chronic diseases. **Objective:** The aim of the study was to translate, culturally adapt and validate the *Kidney Disease Loss Scale* into Portuguese. **Methods:** Validation study involving the steps recommended in the literature for healthcare instruments: initial translation, synthesis of translations, back translation, review by a committee of judges and pretest. **Results:** The scale was translated and adapted to the Portuguese language, being quick and easy to application. The reliability and reproducibility showed satisfactory values. Factor analysis indicated a factor that explains 59.7% of the losses construct. **Conclusion:** The *Kidney Disease Loss Scale* was translated, adapted and validated for the Brazilian context, allowing future studies of losses and providing tools for the professionals working in dialysis centers for assistance to people with chronic kidney disease.

Keywords: questionnaires; renal insufficiency, chronic; validation studies.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) tem recebido a atenção da comunidade científica, visto sua elevada prevalência, demonstrada em estudos recentes, constituindo, hoje, um problema de saúde pública em todo o mundo.¹ Conforme os dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2014, no Brasil, o número total estimado de pacientes com DRC foi de 112.004 - cabe salientar que este número representa

um aumento de 20 mil pacientes nos últimos 4 anos. Dentre os tipos de diálise, a hemodiálise corresponde ao tratamento de 91,0% desses pacientes. Os tratamentos dialíticos, embora não substituam todas as funções renais, mantêm a homeostase do organismo, aliviando os sintomas e preservando a vida dos pacientes.²

No início do tratamento dialítico é necessário um processo de adaptação do indivíduo, devido às modificações em

Data de submissão: 18/01/2016.
Data de aprovação: 21/04/2016.

Correspondência para:

Fabiana de Souza Orlandi.
Universidade Federal de São Carlos - Departamento de Gerontologia.
Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos, SP, Brasil.
CEP: 13565-905
E-mail: forlandi@ufscar.br

DOI: 10.5935/0101-2800.20160046

sua rotina de vida, que podem gerar consequências físicas, psicológicas e sociais.³ Os pacientes com DRC em estágio terminal experimentam múltiplas perdas, resultando em estresse e refletindo na forma de enfrentamento da doença e na qualidade de vida.⁴

Perdas são conceituadas como respostas cognitivas e afetivas para tristezas individuais, caracterizadas pelo remoer, anseio, descrença e sentimentos atordoados, sendo clinicamente significativas em doenças crônicas.⁵ O diagnóstico de DRC é fator de ruptura, de perdas e de intensa desorganização psicológica. Na maioria dos casos, observa-se uma reação de choque, acompanhada por medo e ansiedade. Cada pessoa vivencia a experiência da DRC de maneira singular, a partir de sua história, cultura e própria forma de enfrentar as condições crônicas de saúde e a necessidade de realização do tratamento hemodialítico.⁴

Diante de múltiplas perdas, muitas vezes os pacientes renais experimentam reações de luto negativo, que podem continuar por anos e afetar sua saúde mental. A perda deve ser considerada uma construção diferente da depressão; as perdas são um acontecimento que, como consequência, podem gerar os sintomas depressivos.⁵ As perdas associadas à depressão foram identificadas em indivíduos com DRC e profissionais de saúde como um dos fatores importantes na adaptação psicossocial, aderência ao tratamento e qualidade de vida.⁶ Portanto, estudar a perda é essencial para compreender de que forma ela é presenciada na vida de pacientes com DRC e como a mesma afeta outros aspectos da vida.⁷

A *Kidney Disease Loss Scale* (KDLS) foi elaborada na Austrália para avaliar as perdas associadas à DRC. É uma escala composta por seis itens, dividida em duas subescalas, uma de perda cognitiva (quatro itens) e outra de perda afetiva (dois itens), considerando a natureza individual das perdas.⁵

A KDLS pede aos entrevistados para nomear as cinco perdas mais importantes associadas à DRC, para a classificação de reações de luto afetivo e cognitivo. Posteriormente, os participantes classificam suas respostas em escalas do tipo Likert de quatro pontos, variando de 0 (não se aplica em tudo) a 3 (aplicado a muito ou a maior parte do tempo) para as perdas nomeadas. A pontuação total varia de 0 a 18 sendo que, quanto maior a pontuação, maior a sensação de perda do indivíduo avaliado. Além disso, a KDLS possibilita análise qualitativa das perdas nomeadas pelos respondentes.⁷

Até o presente momento, nenhum instrumento de avaliação de perdas em indivíduos com doença renal crônica foi elaborado ou validado para uso no Brasil. Neste contexto, disponibilizar a escala supracitada para uso junto à população renal crônica brasileira torna-se relevante. Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação da KDLS para o contexto brasileiro.

MÉTODO

Realizamos um estudo de validação que incluiu as seguintes etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas, pré-teste e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.⁸

A primeira etapa consistiu na tradução do instrumento original do idioma inglês para o português, feita por dois tradutores, de maneira independente, fluentes na língua inglesa e com ampla experiência em tradução de textos da área da saúde. Para a segunda etapa, os pesquisadores envolvidos analisaram independentemente as traduções diante da versão original e definiram, em comum acordo, a versão consensual. Na terceira etapa, retrotradução, a versão consensual foi traduzida para a língua original, o inglês, por dois tradutores, distintos da primeira etapa, sendo que ambos não receberam informações da versão original.

A etapa seguinte referiu-se à revisão por comitê de especialistas para a avaliação da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual das versões. O comitê de especialistas foi composto por sete professores doutores, bilíngues, de diferentes áreas da saúde, sendo três enfermeiros, um médico e três psicólogos. Além destes aspectos, foram buscadas pessoas com experiência em nefrologia ou validação de instrumentos.

A análise da validade de conteúdo pelos membros do comitê de especialistas foi realizada em duas etapas. Primeiramente, os especialistas indicaram o grau de equivalência de conteúdo entre a versão original do instrumento KDLS e a versão consensual traduzida. Foi utilizada escala de Likert de 1 a 4 pontos para cada item da escala, sendo: 1 = não equivalente; 2 = pouco equivalente; 3 = equivalente; 4 = muito equivalente.

Para a análise da validade de conteúdo do instrumento, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual indica a proporção de

especialistas em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Para a interpretação do IVC, foi adotado o critério pelo qual, com seis ou mais especialistas, não recomenda-se taxa inferior a 0,78. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam pontuações de “3” e “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas.⁹

Na etapa seguinte, a versão final foi apresentada a 15 indivíduos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Os participantes foram selecionados de forma aleatória simples e concordaram em participar voluntariamente. Almejou-se avaliar o grau de compreensão de cada questão e do instrumento em sua íntegra. Ao término do preenchimento da escala, foram requeridas sugestões, caso os participantes percebessem alguma dificuldade para a compreensão nos itens que compõem o instrumento.

Para a última etapa, a versão final da escala (Tabela 1), denominada Escala de Perdas referente à Doença Renal (EPDR), foi aplicada a 100 indivíduos com DRC em tratamento hemodialítico. Com esse material foi possível verificar as propriedades psicométricas, confiabilidade e validade do instrumento.

Os dados foram digitados em planilha formatada do programa *Excel* e transportados para a análise no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows)*, versão 22.0. Para análise descritiva dos dados, foram calculadas as medidas de posição (média, mínima e máxima) e de dispersão (desvio-padrão). Foi utilizado o alpha de Cronbach (α) para verificar a consistência interna da escala, o Índice de Correlação Intraclassa (ICC) para avaliação da reprodutibilidade e estabilidade no teste-reteste e a análise fatorial para verificar a validade de construto. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

É necessário salientar que antes de iniciar o processo de tradução, adaptação cultural e validação, obteve-se a autorização do autor principal e correspondente da KDLS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº 509.241). O desenvolvimento atendeu as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL

Conforme o referencial teórico adotado, a KDLS foi submetida à tradução para o português brasileiro

TABELA 1 VERSÃO FINAL DA KDLS. SÃO CARLOS, BRASIL, 2016

Quando você considera sua vida como ela é agora com a doença renal e tratamentos de diálise, é muito claro que a vida atual é diferente de como sua vida costumava ser ou poderia ser. Você pode se dar conta de que perdeu muitas coisas. Pedimos que considere como PERDAS: coisas que você fazia antes da doença renal/diálise e que agora não consegue mais fazer ou coisas que estaria fazendo se não tivesse a doença renal/diálise. Por favor liste abaixo as cinco coisas mais importantes que você perdeu por causa da doença renal/diálise.

- 1:
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:

Com relação às cinco perdas descritas acima, por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmativas a seguir e circule o número 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto a afirmação se aplica a você.

A escala de avaliação é a seguinte:

0 = Não se aplica a mim de forma alguma

1 = Se aplica a mim em algum grau ou uma parte do tempo

2 = Se aplica a mim em um grau considerável ou uma boa parte do tempo

3 = Se aplica muito a mim ou a maior parte do tempo

1. Eu penso tanto sobre essas perdas que fica difícil fazer as coisas diárias que costumo fazer	0	1	2	3
2. A lembrança dessas perdas me aborrece	0	1	2	3
3. Eu estou preocupado (a) com os pensamentos dessas perdas	0	1	2	3
4. Eu sinto vontade de recuperar o que eu perdi	0	1	2	3
5. Eu não consigo acreditar no que aconteceu	0	1	2	3
6. Eu me sinto chocada(a) ou atordoada(a) com o que aconteceu	0	1	2	3

por dois tradutores bilíngues, que realizaram a tarefa de maneira independente. As duas traduções foram comparadas pelos pesquisadores para a obtenção de uma tradução consensual. Essa comparação visou facilitar a tradução conceitual e literária simultaneamente, além de garantir o melhor significado para as palavras no idioma português brasileiro e identificar as possíveis dificuldades de interpretação e detecção de erros.

As traduções da KDLS guardam considerável semelhança; no entanto, nos itens em que apresentaram discordância nas traduções, permaneceu a tradução que os pesquisadores do estudo consideraram ser a que melhor expressava o sentido original do termo e com melhor significado para o idioma português. A escala foi enviada por correio eletrônico aos tradutores, que encaminharam de volta as versões retrotraduzidas, as quais apresentaram semelhanças com o instrumento original em inglês. Assumiu-se que a versão consensual e as retrotraduções estavam adequadas para serem submetidas à apreciação do comitê de especialistas.

O comitê de especialistas julgou a adequação e clareza de vocabulário e expressões utilizados na versão traduzida da escala para as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Dos 15 itens, 10 foram considerados equivalentes, concordância igual a 1,00 e, portanto, mantidos. Vale ressaltar que os outros cinco itens apresentaram IVC = 0,83, índice superior ao que se exige reanálise por parte dos juízes, porém, mesmo com o respaldo da literatura científica, reanalisou-se novamente os referidos itens conforme sugestões dos especialistas. Cabe salientar que se obteve uma média geral de concordância de 94% na análise efetuada pelos especialistas.

As duas retrotraduções foram analisadas pelo comitê de juízes, que comparou com o instrumento original KDLS. Os especialistas, independentemente, escolheram os itens entre as duas retrotraduções, ou seja, fizeram a opção pela versão semântica comparada à versão original. Ambas as versões foram encaminhadas ao autor correspondente da escala como forma de garantir que todas as etapas fossem por eles rigorosamente acompanhadas.

No pré-teste, a versão adaptada foi bem aceita pelos pacientes renais crônicos, sendo de fácil entendimento e rápida, em média 15 minutos para sua aplicação. Não houve dificuldade dos mesmos quanto à compreensão do significado e clareza dos

itens da escala. Assim, nenhuma questão necessitou ser modificada.

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Após a realização do pré-teste, deu-se início à última etapa referente à avaliação das propriedades psicométricas. O estudo incluiu 100 pacientes renais crônicos, os quais se caracterizaram pela predominância do sexo masculino (66,0%), com idade média de 53,25 (\pm 14,72) anos. O tempo médio de escolaridade foi de 8,41 (\pm 11,22) anos, com a prevalência de 1 a 5 anos de escolaridade (46,0%).

A média para a EPDR total foi de 7,38 (\pm 5,19), sendo a variação de 0 a 18. Em relação às subescalas, o escore médio foi de 4,40 (\pm 3,69) e 3,67 (\pm 2,50) para perdas cognitivas e perdas afetivas respectivamente. Esses resultados indicam uma sensação moderada de perdas. Nos resultados qualitativos da EPDR verificou-se que 62% indicaram perdas com trabalho/estudo, 44% restrições alimentares, 40% viagens, 35% atividades físicas, 20% atividades de esforço, 19% liberdade, 17% família/relações pessoais e 4% para energia e relações sexuais.

Com relação às propriedades psicométricas da KDLS o alfa de Cronbach, utilizado para a análise da consistência interna, apresentou valor de 0,863. Verifica-se que o alfa não apresenta nenhuma melhora significativa quando algum item é retirado. Dessa maneira, a confiabilidade foi elevada, mantendo as características da escala original, após as etapas de tradução e adaptação cultural para o Brasil (Tabela 2).

O teste-reteste realizado com os 15 pacientes com DRC para a investigação da estabilidade da EPDR entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento, com 15 dias de diferença entre elas, e verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as aplicações ($p = 0,67$), indicando alta estabilidade (Tabela 3).

O Índice de Correlação Intraclasse usado para verificar a reprodutibilidade da KDLS apresentou valor de 0,98 para a EPDR, sendo um indicativo de reprodutibilidade elevada com p -valor = 0,000 (Tabela 4).

Para avaliar a estrutura fatorial da EPDR, realizou-se uma análise dos componentes principais, com rotação varimax. Cabe reiterar que foi utilizada uma rotação varimax, pois a KDLS é reconhecida internacionalmente como uma escala unifatorial de perdas. Os resultados da análise fatorial mostraram

TABELA 2 ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA ENTRE OS ITENS DA EPDR. SÃO CARLOS, BRASIL, 2016

Item	Escore médio se o item for excluído	Variância do escore se o item for excluído	Correlação entre escore e o item	Correlação Múltipla	Alfa se o item for excluído
EPDR1	6,70	18,59	0,717	0,561	0,829
EPDR2	5,90	18,07	0,698	0,576	0,833
EPDR3	6,37	18,49	0,707	0,536	0,830
EPDR4	5,10	20,25	0,535	0,315	0,861
EPDR5	6,66	20,06	0,662	0,534	0,840
EPDR6	6,73	19,95	0,631	0,537	0,845
Alfa de Cronbach					0,863

TABELA 3 MÉDIAS OBTIDAS ENTRE TESTE-RETESTE DA APLICAÇÃO DA EPDR. SÃO CARLOS, BRASIL, 2016

	Média	Test <i>t</i> pareado
Escore da Escala de Perdas referente a Doença Renal	7,38	0,670
Escore da Escala de Perdas referente a Doença Renal Reteste	7,35	

TABELA 4 ÍNDICE DE CORRELAÇÃO INTRACLASSE (ICC) REALIZADO NO TESTE-RETESTE, SÃO CARLOS, BRASIL, 2016

ICC	Intervalo de confiança de 95%		<i>p</i> -valor	
	Limite inferior	Limite superior		
Escore EPDR e EPDR RT	0,996	0,986	0,994	0,001

que o índice KMO foi de 0,82 e o teste de esfericidade de *Bartlett* foi significativo ($p < 0,001$). Essa solução produziu um fator com *eigenvalue* de 3,58 e explicou 59,7% da variância total. Os itens com as respectivas cargas fatoriais são apresentados na Tabela 5.

DISCUSSÃO

A amostra estudada foi descrita quanto às características sociodemográficas, sendo prevalentes homens e adultos jovens e com grau de instrução fundamental completo. Os aspectos esboçados no presente estudo corroboram com os achados na literatura nacional e internacional quanto às características dos indivíduos com DRC.¹⁰⁻¹⁵

Cabe reiterar que a DRC em seu estágio terminal demanda um processo de perdas e adaptações nas pessoas que necessitam desenvolver este tratamento. A perda está associada ao enfrentamento e adesão ao tratamento e a qualidade de vida.⁷ Portanto, estudar a perda é essencial para compreender de que forma ela é presenciada na vida de pacientes com DRC e como a mesma afeta outros aspectos da vida.

O presente estudo traduziu, adaptou e validou a KDLS para o contexto brasileiro. Com relação à EPDR, obteve-se uma média de 7,38 ($\pm 5,19$), sendo a variação foi de 0 a 18. Quanto às perdas nomeadas, destaca-se o

trabalho/estudo (62%), as restrições alimentares (44%) e viagens (40%), entre outras. No estudo da versão original os dados descritivos da escala não foram informados, as atividades de lazer e viagens, a diminuição da carga horária de trabalho/estudos e incapacidades físicas foram nomeadas como perdas importantes.⁷

Quanto às propriedades psicométricas, verifica-se que a homogeneidade (consistência interna) e reprodutibilidade da EPDR foram verificadas por meio da análise da consistência interna e do teste-reteste, respectivamente, obtendo-se resultados satisfatórios. O estudo de construção da escala realizou a análise das propriedades psicométricas baseadas em três grupos, sendo um grupo de pacientes em diálise de longo prazo (≥ 22 meses), outro de diálise precoce (≤ 14 meses) e o terceiro de pré-diálise (taxa de filtração glomerular estimada ≤ 20).⁷ A consistência interna obtida na referente pesquisa por meio do alfa de Cronbach os foi de 0,88 na pré-diálise; 0,91 na diálise precoce e 0,88 na diálise de longo prazo. A reprodutibilidade foi mensurada por meio do teste-reteste e apresentou confiabilidade de 0,82.⁵

Mediante a análise da estrutura fatorial, verificou-se que a solução de unifatorial foi satisfatória para esse conjunto de itens. A mesma produziu um fator com *eigenvalue* de 3,58 e explicou 59,7% da variância total das perdas no contexto da DRC. Na investigação das propriedades de medida da escala

TABELA 5 ANÁLISE FATORIAL DOS ITENS DA ESCALA DE PERDAS REFERENTES À DOENÇA RENAL. SÃO CARLOS, BRASIL, 2016

Componente	Carga Fatorial
1 - Eu penso tanto sobre essas perdas que é difícil fazer as coisas diárias que costumo fazer	0,81
2 - A lembrança dessas perdas me aborrece	0,81
3 - Eu estou preocupado (a) com os pensamentos dessas perdas	0,80
4 - Eu sinto um desejo de recuperar o que eu perdi	0,77
5 - Eu não consigo acreditar no que aconteceu	0,75
6 - Eu me sinto chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu	0,66
Eigenvalue = 3,58	
Variância explicada = 59,7%	
KMO = 0,82	

original a análise fatorial confirmatória foi realizada no método de estimação de máxima verossimilhança com correção *Satorra-Bentler*, indicando que o fator permaneceu invariante entre os grupos, sugerindo que o único fator da escala possuía estrutura e carga.⁷

Com base nos objetivos propostos e resultados obtidos, conclui-se que a KDLS foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro, respeitando-se todas as etapas preconizadas na literatura científica internacional, mostrando-se um instrumento de fácil compreensão e aplicação que apresentou propriedades psicométricas satisfatórias.

A principal limitação do presente estudo refere-se à amostra de conveniência, utilizada para a análise das propriedades psicométricas, em que os resultados não podem ser generalizados. A disponibilidade para a utilização da escala de avaliação de perdas para a população brasileira com DRC instrumentalizará profissionais da área da saúde e pesquisadores, na qualificação e quantificação das perdas sofridas por pessoas que realizam diálise. Isso possibilita a consideração deste importante constructo no momento da assistência e em futuras pesquisas, auxiliando, assim, a busca na melhoria da qualidade de vida. Sugere-se a realização de estudos em pacientes em pré-diálise, diálise peritoneal e transplantado.

REFERÊNCIAS

- Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* 2011;33:93-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>
- Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol* 2016;38:54-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>
- Bertolin DC, Pace AE, Kusumoto L, Hass V. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45:1070-76.
- Campos CJG, Turato ER. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Rev Bras Enferm* 2010;63:799-805. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500017>
- Chan R, Brooks R, Erlich J, Chow J, Suranvi M. The effects of kidney-disease-related loss on long-term dialysis patients' depression and quality of life: positive affect as a mediator. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:160-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.01520308>
- Kimmel PL, Cukor D, Cohen SD, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14:328-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2007.07.007>
- Chan R, Brooks R, Gallagher M, Erlich J, Snelling P, Chow J, et al. Measuring kidney disease-related loss in samples of predialysis and dialysis patients: validating the kidney disease loss scale. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:1249-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.08361109>
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:3186-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:3061-3068. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Machado EL, Caiffa WT, César CC, Gomes IC, Andrade ELG, Acúrcio Fde A, et al. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2011;27:S284-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400015>
- Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J Nurs Scholarsh* 2010;42:242-9. PMID: 20738734 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01353.x>
- Frazão CMFQ, Medeiros ABA, Silva FBBL, Sá SD, Lira ALBC. Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paul Enferm* 2014;27:40-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400009>
- Ottaviani AC, Souza ER, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavariani SCI, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Latinoam. Enferm* 2014;22:248-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3323.2409>
- Griva K, Kang AW, Yu ZL, Mooppil NK, Foo M, Chan CM, et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Qual Life Res* 2014;23:57-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0431-8>
- Preljevic VT, Østhus TB, Os I, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH, et al. Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: association to health-related quality of life and mortality. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35:619-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.05.006>