

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CAROLINA OTTAVIANI

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA *KIDNEY
DISEASE LOSS SCALE* PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

SÃO CARLOS

2015

ANA CAROLINA OTTAVIANI

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO *KIDNEY*
DISEASE LOSS SCALE PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título em mestre em Ciências da Saúde.

Apoio financeiro: CAPES

Orientação: Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi

SÃO CARLOS

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

O89ta

Ottaviani, Ana Carolina.

Tradução, adaptação cultural e validação do *Kidney Disease Loss Scale* para o contexto brasileiro / Ana Carolina Ottaviani. -- São Carlos : UFSCar, 2015.
117 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Enfermagem. 2. Estudos de validação. 3. Tradução. 4. Insuficiência renal. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Ana Carolina Ottaviani, realizada em 08/07/2015.

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
UFSCar

Profa. Dra. Priscilla Hortense
UFSCar

Profa. Dra. Viviane Ferreira
Barão de Mauá

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los, meus pais, José e Tiana.

A você Raphael, companheiro de todos os momentos, meu amor e meu melhor amigo, que sempre me apoiou e compartilhou comigo as alegrias.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, em primeiro lugar, à Deus, por estar comigo em todos os momentos, sendo meu refúgio e fortaleza.

À minha família, meus pais José e Tiana, e irmãs Mariana e Juliana, pelo apoio constante, por tudo que me ensinaram, pelo imenso amor e dedicação e por possibilitarem a realização de um sonho.

Ao Raphael, meu grande amor, por se empenhar a compreender e apoiar minhas escolhas, você tornou todo o caminho mais leve, com sua paciência e carinho incondicional.

À querida Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi, muito mais que orientadora. Obrigada por me guiar em mais esta etapa de minha formação, por me ensinar continuamente, pela compreensão, confiança e alegrias compartilhadas.

À Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, a quem respeito e admiro, pelo valioso apoio no transcorrer da graduação e mestrado.

Ao Allan, meu querido amigo, que mesmo longe esteve sempre ao meu lado, incentivando e apoiando, levarei com muito amor por toda a vida.

Aos colegas e professores Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelas experiências compartilhadas. Em especial Estefani, Mariéli, Mayara, Carlene e Beatriz: valeram os momentos de conversas, estresse, noites temáticas, cafés, viagens e distrações.

Aos meus queridos amigos Evelin e Leonardo, pela compreensão dos momentos de ausência e por me concederem um presente valioso, o Henry.

À minha segunda família Marcos, Giselda, Victor que estiveram sempre ao meu lado, por compartilharem também deste momento da minha vida.

À Lorén, pela colaboração na coleta dos dados.

Aos tradutores que realizaram as etapas de tradução e retrotradução, não seria possível sem a colaboração de vocês.

Aos juízes que generosamente contribuíram com valiosas sugestões na adaptação transcultural.

Aos membros titulares e suplentes da banca do Exame de Qualificação. Profa. Dra. Priscilla Hortense, Profa. Dra. Luciana Kusumota, Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão, Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas pelas contribuições e sugestões que aprimoraram e enriqueceram o trabalho.

À Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), por proporcionar condições para a realização desta pesquisa.

À CAPES, pelo apoio financeiro para que esse trabalho pudesse ser desenvolvido.

E a todos os pacientes do Serviço de Nefrologia de São Carlos que contribuíram para que esse estudo se tornasse realidade.

À todos, muito obrigado!

"Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante"

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

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. Neste estudo, objetivou-se traduzir, adaptar e validar a *Kidney Disease Loss Scale* para o contexto brasileiro. Trata-se de um estudo metodológico em que foram seguidas as etapas preconizadas na literatura internacional para instrumentos da área de saúde que são: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas, pré-teste e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento. Todos os preceitos éticos foram seguidos. As etapas anteriores foram realizadas, no pré-teste a Escala de Perdas referentes à Doença Renal foi um instrumento de fácil compreensão e aplicação. Em relação etapa de avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, verificou-se a confiabilidade e a reprodutibilidade, por meio do alfa de *Cronbach* e do Índice de Correlação Intraclasse, respectivamente, os quais apresentaram valores satisfatórios. Ademais, foi verificada a validade concorrente e convergente através do coeficiente de correlação de Pearson, que indicou correlação positiva entre a perdas e os níveis de ansiedade e depressão e correlação negativa entre a perdas e domínios da qualidade de vida, com significância estatística. A validade discriminante foi analisada através da comparação das médias de perdas entre os grupos com e sem sintomas depressão, com e sem sintomas de ansiedade e com qualidade melhor ou pior qualidade de vida, as quais na grande maioria mostraram-se estatisticamente significantes. Também realizou-se análise fatorial, que indicou a solução de um fator, sendo satisfatória para esse conjunto de itens. Essa solução produziu um fator com *eigenvalue* de 3,58 e explicou 59,7% da variância total. Com base nos objetivos propostos e resultados obtidos, conclui-se que a escala de perdas 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 em diálise.

Palavras chave: Tradução; Estudos de Validação; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

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. This study aimed to translate, adapt and validate the Kidney Disease Loss Scale for the Brazilian context. This is a methodological study in which they followed the steps recommended in the literature for healthcare instruments which are: initial translation, synthesis of translations, back translation, review by a especialistas committee, pre-testing and evaluation of psychometric properties instrument. All ethical guidelines were followed. The previous steps were performed in the pre-test losses Scale related to kidney disease was an instrument easy to understand and apply. Regarding the evaluation stage of the psychometric properties of the scale of losses relating to kidney disease, verified to reliability and reproducibility through Cronbach's alpha and intraclass correlation index, respectively, which showed satisfactory values. Furthermore, it was verified concurrent and convergent validity through the Pearson correlation coefficient, which indicated a positive correlation between the loss and the levels of anxiety and depression and negative correlation between losses and domains of quality of life, with statistical significance using. The discriminant validity was analyzed by comparing the average loss between the groups with and without depression symptoms, with and without anxiety and with better quality or lower quality of life, which in the vast majority were statistically significant. Also held factorial analysis, which indicated the solution of a factor, being satisfactory for this set of items. This solution produced a factor with eigenvalue 3.58 and explained 59.7% of the total variance. Based on the proposed objectives and results, it is concluded that the loss has been 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 dialysis.

Descriptors: Translating; Validation Studies; Renal Insufficiency; Chronic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Etapas do processo de adaptação cultural do <i>Kidney Disease Loss Scale</i> (KDLS).....	31
Figura 2 - Scree Plot dos itens da Escala de Perda referente a Doença Renal. São Carlos, 2015.	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese das Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens da KDLS. São Carlos, 2015.....	44
Tabela 2 - Índices percentuais de concordância entre os especialistas, conforme as avaliações semântica e idiomática nas versões original e traduzida. São Carlos, 2015.....	46
Tabela 3 - Comparações entre as notas dos especialistas, por meio da ANOVA one-way. São Carlos, 2015.....	47
Tabela 4 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas dos 15 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	48
Tabela 5 - Estatística descritiva da KDLS traduzida aplicada no pré-teste com 15 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	49
Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	50
Tabela 7 - Distribuição das variáveis clínicas dos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	51
Tabela 8 - Estatística descritiva dos escores da Escala de Perdas Referente à Doença Renal aplicada aos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	52
Tabela 9 - Perdas nomeadas pelos pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015...52	52
Tabela 10 - Estatística descritiva dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão aplicada aos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	53
Tabela 11 - Estatística descritiva das dimensões do KDOLQ-SF aplicada aos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.....	53
Tabela 12 - Análise da consistência interna entre os itens da EPDR. São Carlos, 2015.....	54
Tabela 13 - Médias obtidas entre a primeira e segunda aplicada da EPDR. São Carlos, 2015.....	55

Tabela 14 - Índice de Correlação Intraclasse (ICC) realizado no teste-reteste, São Carlos, 2015.....	56
Tabela 15 - Análise fatorial dos itens da Escala de Perdas referentes à Doença Renal. São Carlos, 2015.....	57
Tabela 16 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a KDLS traduzida e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. São Carlos, 2015.....	57
Tabela 17 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a KDLS traduzida e o Kidney Disease and Quality of Life Short - Form . São Carlos, 2015.....	59
Tabela 18 - Comparação de médias, entre a KDLS traduzida e a HADS, por meio do test t independente. São Carlos, 2015.....	60
Tabela 19 - Comparação de médias entre a KDLS traduzida e as dimensões do KDQOL-SF, por meio do teste t independente. São Carlos, 2015.....	60

LISTA DE SIGLAS

DASS 21 - Depression Anxiety Stress Scale 21

DPAC - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DC - Doenças Crônicas

DM – Diabetes Mellitus

DP - Diálise Peritoneal

DS - Depression Scale

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DRC - Doença Renal Crônica

EPDR- Escala de Perdas referentes à Doença Renal

FAV - Fístula Arteriovenosa

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HD - Hemodiálise

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

ICC- Índice de Correlação Intraclasse

IRC - Insuficiência Renal Crônica

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

KDLS - Kidney Disease Loss Scale

KDQOL-SF- Kidney Disease and Quality of Life Short - Form

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAS - Positive Affect Scale

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia

SF -12 – Short-Form Health Survey

SUS – Sistema Único de Saúde

SPSS- Statistical Package for Social Science

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. Doença Renal Crônica.....	18
1.2. Experiência da hemodiálise para paciente renal crônico.....	21
1.3. Perdas no contexto da doença renal crônica.....	23
1.4. Avaliação das perdas em paciente com doença renal crônica.....	25
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Objetivo Geral.....	28
2.2. Objetivos Específicos.....	28
3. MÉTODO.....	29
3.1. Delineamento do estudo.....	30
3.2. Processo de tradução e adaptação cultural.....	30
3.2.1. Tradução Inicial.....	32
3.2.2. Síntese das traduções.....	32
3.2.3. Retrotradução.....	33
3.2.4. Revisão por comitê de especialistas.....	33
3.2.4.1. Índice de Validade de Conteúdo.....	35
3.2.5. Pré-teste.....	36
3.3. Procedimentos éticos.....	36
3.4. Validação.....	36
3.4.1. Confiabilidade.....	36
3.4.2. Validade.....	37
3.4.2.1. Validade de conteúdo.....	37
3.4.2.2. Validade de critério.....	38
3.4.2.3. Validade de constructo.....	38
3.4.3. Local e período do estudo.....	39
3.4.4. Amostra.....	39
3.4.5. Instrumentos de coleta de dados.....	39
3.4.6. Procedimento de coleta de dados.....	40
3.5. Tratamento estatístico.....	40

4. RESULTADOS.....	42
4.1. Tradução.....	43
4.2. Síntese das traduções	43
4.3. Retrotradução.....	46
4.4. Revisão do comitê de especialista.....	46
4.5. Pré-teste.....	48
4.6. Validação.....	49
4.6.1. Caracterização sociodemográfica e clínica.....	50
4.6.2. Confiabilidade.....	54
4.6.3. Validade.....	56
4.6.3.1. Análise Fatorial.....	56
4.6.3.2. Validade concorrente e convergente-discriminante.....	57
4.6.3.3. Validade discriminante.....	60
5. DISCUSSÃO.....	63
5.1. Caracterização sociodemográfica e clínica.....	64
5.2. Caracterização de perdas, sintomas ansiosos e depressivos e qualidade de vida.....	66
5.3. Validação.....	68
6. CONCLUSÃO.....	71
7. REFERÊNCIAS.....	73
8. APÊNDICES.....	80
8.1. APÊNDICE A.....	81
8.2. APÊNDICE B.....	82
8.3. APÊNDICE C.....	83
8.4. APÊNDICE D.....	84
8.5. APÊNDICE E.....	85
8.6. APÊNDICE F.....	86
8.7. APÊNDICE G.....	87
8.8. APÊNDICE H.....	90
8.9. APÊNDICE I.....	92

8.10.	APÊNDICE J.....	94
8.11.	APÊNDICE K.....	96
9.	ANEXOS.....	98
9.1.	ANEXO A.....	99
9.2.	ANEXO B.....	100
9.3.	ANEXO C.....	102
9.4.	ANEXO D.....	103
9.5.	ANEXO E.....	104



1 INTRODUÇÃO

1.1. Doença Renal Crônica

As doenças crônicas (DC) compõem o conjunto de condições crônicas, geralmente relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início progressivo, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. As DC atualmente são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo (BRASIL, 2013).

Dentre as DC, podemos ressaltar a Doença Renal Crônica (DRC), hoje considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. A diminuição progressiva da função renal implica em comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos (BASTOS et al., 2009).

A função renal é avaliada pela filtração glomerular (FG) e a sua diminuição é observada na DRC, associada a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim (BASTOS et al., 2009). À medida que a insuficiência renal progride, a taxa de filtração glomerular (TFG) diminui (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2010). Com base nos níveis da TFG, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) classifica a DRC em seis estágios são eles: (ROMÃO JUNIOR, 2007).

- a) Função renal normal sem lesão renal - importante do ponto de vista epidemiológico, considera os indivíduos que fazem parte dos grupos de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal: hipertensos, diabéticos, histórico familiar de DRC com $TFG = 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou mais;
- b) Lesão com função renal normal - corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada TFG entre 60 a $89 \text{ mL/min/1,73m}^2$;
- c) Insuficiência renal funcional ou leve - ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de ureia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes, os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. TFG entre 45 a $59 \text{ mL/min/1,73m}^2$;
- d) Insuficiência renal laboratorial ou moderada - o paciente mantém-se clinicamente bem, mas observam-se, por meio de avaliação laboratorial simples, alterações nos níveis de creatinina plasmáticos e de ureia, Na

maioria das vezes, apresenta sinais e sintomas ligados à causa básica: hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias (TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m²);

- e) Insuficiência renal clínica ou severa - o paciente já se ressentir de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia, dentre estes a anemia, a hipertensão arterial, edema, fraqueza e o mal-estar (TFG entre 15 e 29 mL/min/1,73m²).
- f) Insuficiência renal crônica (IRC) – o rim torna-se incapaz de regular o meio interno e configura-se perda significativa da função renal, incompatível com a vida. O paciente encontra-se intensamente sintomático, as opções terapêuticas são métodos dialíticos ou transplante renal. (TFG menor do que 15 mL/min/1,73m²).

A prevalência da DRC é crescente e tem como principais corresponsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e casos de diabetes mellitus (DM), assim como o aumento na expectativa de vida da população (FINGER et al., 2011; MARTÍNEZ et al., 2011). Também pode ser causada por lesões hereditárias (doença renal policística), história familiar de primeiro e segundo graus, distúrbios vasculares, infecções, medicamentos, neoplasias de próstata e de colo de útero (ROMÃO JUNIOR, 2007).

As modalidades de tratamento, segundo Barros et al. (2006), para a DRC são:

- Tratamento conservador: inclui terapia nutricional, controle da pressão arterial e melhora da hemodinâmica glomerular, controle de fatores agravantes, tratamento e prevenção das complicações crônicas da uremia, monitorização da função renal e preparação para o início do tratamento dialítico.
- Tratamento dialítico: processo químico no qual duas soluções separadas por uma membrana semipermeável influenciam nas composições uma da outra. Podem ser realizados por:
 - Diálise peritoneal (DP): modalidade de diálise na qual uma solução hipertônica é infundida na cavidade peritoneal. O transporte transcapilar de água e de solutos ocorre por ultrafiltração e difusão, através da membrana peritoneal, a qual funciona como uma membrana semipermeável reutilizável.

Existem diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automatizada (DPA).

- Hemodiálise (HD): processo de transferência de moléculas, em um circuito extracorpóreo, instalado num rim artificial, baseado na ultrafiltração e convecção entre sangue e líquido de diálise modulado por uma membrana semipermeável.

- Transplante renal: envolve um doador vivo ou falecido humano para um receptor com DRC em estágio terminal.

A doença renal tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica, já que sua elevada prevalência vem sendo demonstrada em estudos recentes, constituindo, hoje, um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Conforme os dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2011, no Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos. O número de pacientes com DRC em tratamento dialítico no Brasil em julho de 2011 foi cerca de 92 mil. Dentre os tipos de diálise, a hemodiálise corresponde ao tratamento de 90,6% 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 (PEREIRA; GUEDES, 2009).

No início do tratamento hemodialítico, é necessário um processo de adaptação do indivíduo, devido às modificações na sua rotina de vida, que podem gerar consequências físicas, psicológicas e sociais, interferindo na qualidade de vida (LIMA; GUALDA, 2001). Assim, nessa nova condição, é imprescindível lidar com as frustrações e limitações que acarretam essas mudanças como restrições alimentares e manutenção de uma dieta com restrições hídricas e a modificação na aparência corporal, devido à presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa (FAV) (CAMPOS; TURATO, 2010).

Além disso, a submissão ao tratamento hemodialítico gera fontes de estresse e representa desvantagens por ocasionar problemas como: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção, diminuição da atividade física, mudanças na vida sexual, necessidade de adaptação à perda da autonomia, e ainda, um sentimento

ambíguo entre medo de viver e de morrer (PEREIRA; GUEDES, 2009; CAMPOS; TURATO, 2010; BERTOLIN et al., 2011). Dessa forma, os pacientes com insuficiência renal crônica experimentam múltiplas perdas, resultando em um estresse e refletindo na forma de enfrentamento da doença e na qualidade de vida.

1.2. Experiência da hemodiálise para o paciente renal crônico

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 (CAMPOS; TURATO, 2010). Sendo assim, essa experiência é permeada de significados resultantes dos aspectos socioculturais e dos sentimentos dos pacientes renais crônicos (PEREIRA; GUEDES, 2009; RAMOS et al., 2008). Segundo Campos e Turato (2010, p.800), “a representação ou significado que a realidade tem para o indivíduo transforma o estranho em familiar, ancorando o novo em categoria e conteúdos conhecidos”.

A comunicação ao paciente sobre a doença recai aos membros da equipe de saúde, especificamente ao médico ou enfermeiro. E o modo como isso é feito, depende das concepções histórico-sociais e culturais que estes profissionais têm da doença e das demandas psicológicas de comunicação (CAMPOS; TURATO, 2010). A experiência de receber o diagnóstico da DRC revela-se como um momento difícil repleto de angústias, instabilidade, desespero, desmotivação diante do desconhecimento e o medo frente à possibilidade do sofrimento e morte. Afetam sua visão de mundo, visto que o caráter repentino da doença coloca o indivíduo em uma situação desconhecida que o mesmo não está preparado para enfrentar (CAMPOS; TURATO, 2010; PEREIRA; GUEDES, 2009).

O impacto causado pelo início do tratamento, juntamente com a falta de preparo e orientação prévia, remete a importância de se pensar no acolhimento dentro dos serviços. Percebe-se que existem lacunas no processo de acolhimento, ao se tratar dos momentos iniciais do tratamento, os usuários são surpreendidos com o diagnóstico e relatam o sentimento de desamparo, carência, ansiedade, angústias, falta de orientação por meio dos profissionais, gerando expectativas negativas em relação à hemodiálise (CAMPOS; TURATO, 2010; PIETROVSKI; DALL'AGNOL, 2006).

A necessidade de submeter-se a um procedimento que tem por finalidade substituir a função de um órgão e manter as funções vitais suscita nos pacientes a necessidade para sobreviver (CAMPOS; TURATO, 2010; PEREIRA; GUEDES, 2009; PIETROVSKI; DALL'AGNOL, 2006). Outra possibilidade destacada é a do transplante renal, considerando a temporalidade, por meio da lista de espera para um doador compatível e a resistência física ao tratamento (CAMPOS; TURATO, 2010). A fé e a religiosidade tem grande importância neste contexto, pois são fontes de esperança e motivação para o enfrentamento, conformação e uma melhor adesão ao tratamento (PEREIRA; GUEDES, 2009).

A mudança de imagem corporal também é relatada como outra dificuldade enfrentada, a presença da fistula ou o cateter são os primeiros sinais, marcas físicas de que a doença se estabeleceu naquele corpo. Essas mudanças podem provocar sentimentos de inferioridade em relação às outras pessoas saudáveis e conseqüentemente afetar a autoestima, uma vez que é preciso enfrentar o preconceito pelo desconhecimento da sociedade (RAMOS et al., 2008).

Tem-se referência a mudança nos hábitos de vida e a necessidade de deixar de fazer o que proporciona prazer, entre essas mudanças destacam a impossibilidade de trabalhar, a falta de realização pessoal e as dificuldades financeiras, ocasionadas pela privação do trabalho (PEREIRA; GUEDES, 2009). Questões referentes ao tempo disponibilizado para realização do tratamento, leva a uma ruptura no cotidiano que exige adaptações do paciente e da família, sendo que essas limitações fazem com que o paciente renal vivencie diferentes perdas de significados ambíguos as quais influenciam diretamente no tratamento e na qualidade de vida (RAMOS et al., 2008).

Os mecanismos de apoio utilizados por pacientes renais crônicos para superar as limitações e o sofrimento são a família, amigos e a equipe multidisciplinar. A família surge como principal meio de apoio para o enfrentamento da doença e tratamento, uma vez que o amparo fornecido por eles proporciona coragem e força para continuar lutando e realizando o tratamento (PEREIRA; GUEDES, 2009; RAMOS et al., 2008). A fé representa outro mecanismo de ajuda para o paciente conviver com a doença. Dessa forma, quando vivencia em uma perspectiva positiva, a hemodiálise representa a esperança de vida, proporcionando

o otimismo aos pacientes, para que continuem vivos e lutando por dias melhores (PEREIRA; GUEDES, 2009; RAMOS et al., 2008).

Em geral, os significados psicoculturais da hemodiálise para o paciente renal crônico são relacionados à questão de conhecimento e comunicação da doença, do tratamento como questão de sobrevivência e obrigação, além da perda de liberdade e limitação impostas por este tratamento. Os significados são expressos em diferentes experiências, que ocorrem desde o diagnóstico até a luta diária para aceitação e enfrentamento das perdas da doença. Vê-se a importância da família como pilar fundamental para que os pacientes consigam se inserir nessa nova rotina, além das questões de esperança. A fé representa um mecanismo de ajuda para o paciente se conformar e conviver com a doença (PIETROVSKI; DALL'AGNOL, 2006).

1.3. Perdas no contexto da doença renal crônica

Perda tem sido tradicionalmente estudada em relação à morte, porém foi estendida com a inclusão de elementos significativos na vida de pacientes com doenças crônicas e suas consequências psicológicas (GATCHEL et al., 2002). São conceituadas como “respostas cognitivas e afetivas para tristezas individuais, caracterizadas pelo remoer, anseio, descrença e sentimentos atordoados”, sendo clinicamente significativa em doenças crônicas e na DRC (CHAN et al., 2010).

“O diagnóstico de DRC é fator de ruptura, de perdas e de intensa desorganização psicológica” (BARROS et al., 2006). Na maioria dos casos, observa-se reação de choque acompanhada por medo e ansiedades pelo possível resultado fatal da doença. Diante de múltiplas perdas, os pacientes com DRC, muitas vezes experimentam reações de luto negativo, que podem continuar por anos e afetar sua saúde mental (CHAN et al., 2009).

Kubler-Ross (1989) relata que ao estudar pessoas com diversas DC observou que o paciente e a família ao conhecerem a gravidade e a irreversibilidade da doença podem passar por cinco estágios emocionais: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação (KUBLER-ROSS, 1989).

A negação é o primeiro estágio em que ao tomar conhecimento de sua doença, o paciente nega essa condição. O mesmo autor ressalta que na fase da

revolta surgem questões significantes relativas ao processo do adoecer como, “por que eu?” “por que agora?”. Quando não é possível manter firme o estágio da negação, ele é substituído por sentimentos de revolta e de ressentimento. Na fase da barganha ocorre tentativas de inclusão de recompensas por bom comportamento, sendo que a maioria das barganhas é geralmente mantida em segredo, representando o não reconhecimento das suas necessidades de adesão ao tratamento (KUBLER-ROSS, 1989).

A fase depressiva ocorre quando o paciente não consegue mais negar a sua doença por “ter de” submeter-se a contínuas sessões de diálise, por ter novos sintomas ou mudanças terapêuticas. São elementos da realidade que não lhe permitem mais esconder a doença de si mesmo (BARROS et al, 2006). Segundo Kubler-Ross (1989), a aceitação ocorre na fase terminal da doença, ou seja, quando o paciente já teve tempo necessário e que já tenha recebido alguma ajuda para superar as outras fases. Em todos estes estágios a família também necessita de ajuda, compreensão e apoio, pois durante o processo do adoecer, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações em muito, contribuem para as relações estabelecidas com a equipe multiprofissional (KUBLER-ROSS, 1989; BARROS et al., 2006; PEREIRA; GUEDES, 2009; CAMPOS; TURATO, 2010; BERTOLIN et al., 2011).

Segundo Fayer (2010), o processo de elaboração das perdas não ocorre de maneira linear, já que não tem data para terminar e é dependente das características psíquicas individuais e da intensidade de relação que se manteve com o que foi perdido. O paciente com DRC necessita fazer um percurso subjetivo para significar e elaborar o processo do adoecimento.

As perdas decorrentes da DRC têm um significado de ruptura na identidade, que englobam desde a perda da saúde, alterações físicas, mudanças na rotina e até a impossibilidade de alguns indivíduos manterem-se na mesma esfera social e corresponderem às próprias expectativas e a de seus familiares (FAYER, 2010). O paciente renal, quando em programa de hemodiálise, convive diariamente com o fato de ser portador de uma DC, que o obriga a um tratamento doloroso, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença, alterações de

grande impacto, tanto na sua vida quanto na de seus familiares (GARCIA et al., 2010).

Os estudos na literatura são unânimes em afirmar que pacientes renais crônicos, dependentes de tratamento, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem diretamente na qualidade de vida (WRIGHT e KIRBY, 1999; KIMMEL et al., 2007; GARCIA et al., 2010; CHAN et al., 2010). Dentre as diversas alterações vivenciadas, a depressão é a complicação de humor mais comum entre pacientes com DRC, com um enorme impacto na qualidade de vida e adesão ao tratamento e que geralmente significa uma resposta a alguma perda, na qual se configura um estado depressivo persistente, autoimagem prejudicada, entre outros (FERREIRA; FILHO, 2011).

A perda deve ser considerada uma construção diferente da depressão, perda é um acontecimento que pode gerar uma consequência, a depressão (CHAN et al., 2010). As perdas associadas à depressão foram identificadas por pacientes com DRC e profissionais de saúde como um dos fatores importantes na adaptação psicossocial e da qualidade de vida (WRIGHT e KIRBY, 1999). Assim, estudar a perda é importante para entender a sua contribuição para a depressão e qualidade de vida em pacientes com IRC, bem como proporcionar possíveis intervenções (CHAN et al., 2010).

Na busca realizada na literatura científica nacional e internacional encontrou-se apenas um instrumento de avaliação de perdas denominado *Kidney Disease Loss Scale (KDLS)* (CHAN et al., 2010).

1.4. Avaliação das perdas em pacientes com doença renal crônica

A KDLS foi construída por Chan et al. (2009), em Sydney (Austrália), o referido instrumento é simples, de fácil aplicabilidade em centros de diálise, com o objetivo de avaliar perdas vivenciadas por pacientes renais crônicos em estágio terminal (CHAN et al., 2010).

A referida escala é composta por seis itens, divididos em duas sub escalas, uma de perda cognitiva (quatro itens) e outra de perda afetiva (dois itens), considerando a natureza individual das perdas. A KDLS pede primeiro aos entrevistados para nomear as cinco perdas mais importantes associadas à DRC,

definindo o contexto para a classificação de reações de luto afetivo e cognitivo (CHAN et al., 2010). 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 (informação quantitativa). Além disso, a KDLS possibilita análise qualitativa das perdas nomeadas pelos respondentes, que possibilita definir o contexto para a classificação das reações de luto afetivo e cognitivo (CHAN et al., 2010).

Há a necessidade de avaliação de perdas dos pacientes em diálise no contexto brasileiro, sendo assim os autores da escala original autorizaram as pesquisadoras do presente estudo para a realização do processo de tradução, adaptação cultural e validação.



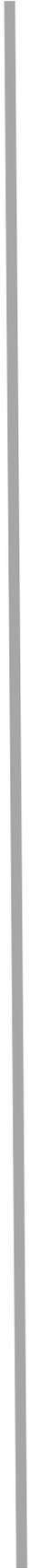
2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Realizar a tradução, adaptação e validação da escala “*Kidney Disease Loss Scale*” (KDLS) para o contexto brasileiro.

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar os níveis de ansiedade e depressão dos indivíduos com DRC;
- Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com DRC;



3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico de tradução, adaptação cultural e validação para a população de língua portuguesa (Brasil) de um instrumento de avaliação das perdas de pacientes com doença renal crônica em estágio terminal, denominado *Kidney Disease Loss Scale* (KDLS).

O instrumento KDLS (ANEXO A) foi elaborado por Chan et al. (2009). É uma escala composta por seis itens, divididos em duas sub escalas, uma de perda cognitiva (quatro itens) e outra de perda afetiva (dois itens), considerando a natureza individual das perdas. A pontuação total varia de 0 a 18 (informação quantitativa). Além disso, a KDLS possibilita análise qualitativa das perdas nomeadas pelos respondentes (CHAN et al., 2010.)

Participaram do estudo na etapa de elaboração três grupos sendo diálise de longo prazo, (≥ 22 meses), diálise precoce (≤ 14 meses) e pré-diálise (TFG estimada ≤ 20), que responderam aos critérios de inclusão, os quais foram: ter diagnóstico de doença renal crônica terminal, receber o tratamento de diálise e ter idade maior que 18 anos. Três escalas padronizadas adicionais foram utilizados para análise da validade convergente e discriminante a *Depression Anxiety Stress Scale 21* (DASS21), *Positive Affect Scale* (PAS) e *Short-Form Health Survey* (SF-12) (CHAN et al., 2010)

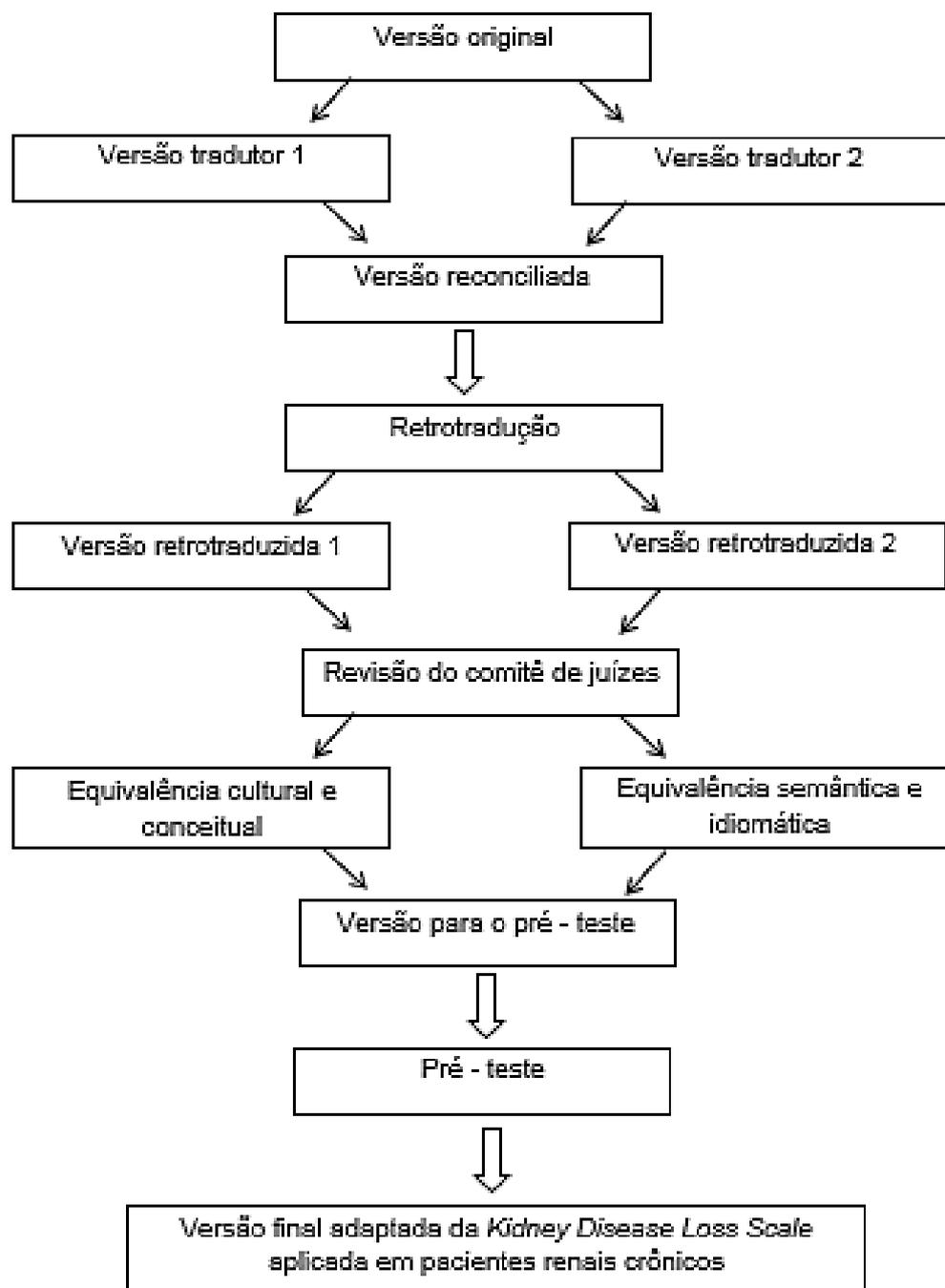
É necessário salientar que antes de iniciar o processo de tradução, adaptação cultural e validação da KLDS, obteve-se a autorização dos autores (APÊNDICE A).

3.2 Processo de tradução e adaptação cultural da *Kidney Disease Loss Scale*

O processo de adaptação de um instrumento a outra língua deve considerar, de forma distinta, a cultura do país, levando-se em conta não apenas o idioma, mas o contexto cultural e o estilo de vida das pessoas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000). A literatura propõe normas sistematizadas para assegurar a adequada adaptação cultural dos instrumentos, porém não há consenso quanto as estratégias de execução.

Neste estudo, foram utilizadas as etapas preconizadas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al.,(2000), descritos a seguir na Figura 1.

Figura 1: Etapas de tradução e adaptação cultural da *Kidney Disease Loss Scale* (KDLS).



3.2.1. Tradução inicial

A primeira etapa da adaptação é a tradução, que compreende a versão de uma língua para a outra. Esta terá melhor qualidade se for desenvolvida por dois tradutores qualificados e independentes, pois permite a detecção de erros decorrentes de interpretações divergentes de termos ambíguos no idioma original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON et al., 1993).

Para Beaton et al. (2000), os tradutores podem apresentar perfis diferentes: um tradutor deve ter conhecimento dos objetivos do instrumento e os conceitos envolvidos, proporcionando uma adaptação com equivalência, segundo perspectivas clínicas e o outro não deve ser informado ou ter conhecimento do assunto, sofrendo menor influência técnica, permitindo, assim, uma tradução que reflita a linguagem utilizada pela população leiga.

Neste estudo, optou-se por seguir as recomendações de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Assim, a KDLS foi traduzida para a língua portuguesa por dois tradutores independentes, profissionais qualificados que dominam o idioma original da escala, o inglês, e com vasta experiência em tradução de textos da área da saúde (APÊNDICE B e C).

3.2.2. Síntese das traduções

Os dois tradutores reuniram-se com as pesquisadoras para realizar uma síntese do resultado das traduções. Através de uma leitura detalhada de cada item traduzido, de modo a buscar um consenso por meio da análise e discussão sobre o melhor significado para as palavras no idioma português brasileiro. Estabelecendo um consenso frente às possíveis divergências encontradas ou interpretações ambíguas.

A versão consensual entre as duas traduções para o português do instrumento KDLS foi obtida após a realização da comparação entre as duas traduções, à qual denominou-se Escala de Perdas referente à Doença Renal – Versão Consensual (APÊNDICE D). Vale ressaltar que esta versão foi encaminhada para ambos os tradutores, os quais analisaram e consentiram com a versão consensual.

3.2.3. Retrotradução

Esta etapa corresponde à versão do instrumento traduzido para o idioma de origem, com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da versão final. Cada tradução deve ser reversamente traduzida de forma independente, permitindo a detecção de equívocos em sua tradução. Para assegurar a qualidade da tradução reversa, os tradutores selecionados devem ter fluência em ambos os idiomas e não devem ter conhecimento prévio dos objetivos do instrumento original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Para garantir o sucesso desta etapa, dois tradutores distintos dos que participaram da primeira etapa (tradução para a língua portuguesa) foram contratados. Para produzirem a tradução reversa, não receberam informações sobre o instrumento original, diminuindo, assim, a influência na versão por seu conhecimento prévio (APÊNDICE E e F).

3.2.4. Revisão por um comitê de especialistas

A constituição de um comitê de especialistas para revisar e comparar todas as traduções realizadas tem por objetivo a produção de uma versão final, modificada e adaptada de forma a garantir sua replicabilidade no idioma em que se pretende utilizá-lo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000). Os integrantes do comitê devem ser preferencialmente bilíngues, especialistas na área a que se refere o instrumento, representar diferentes áreas de conhecimento (multidisciplinar) e ter conhecimento sobre o que o instrumento propõe-se a mensurar, bem como dos conceitos envolvidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

Ao comitê é permitido sugerir a replicação das instruções de preenchimento do instrumento, de forma a minimizar erros de compreensão mesmo que estes sejam redundantes. Da mesma forma, podem sugerir a modificação ou eliminação dos itens considerados irrelevantes, inadequados e/ou ambíguos e sugerir outros mais adequados culturalmente. O comitê pode solicitar quantas versões considerar necessárias para adequação da versão final (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Miura et al. (2010), para que haja equivalência entre o instrumento original e a versão realizada, o comitê deve considerar:

- equivalência semântica: representa a equivalência no significado das palavras envolvendo vocabulário e gramática. Algumas alterações gramaticais são necessárias para a construção de frases, pois muitos termos não possuem tradução adequada em outros idiomas ou sua tradução pode ter diferentes significados;
- equivalência idiomática: refere-se à equivalência das expressões idiomáticas e coloquiais pois em muitas circunstâncias, a simples tradução da expressão original pode ocasionar um prejuízo de seu significado no outro idioma. Nestes casos, expressões equivalentes devem ser encontradas para substituir as originais de forma a preservar o significado previsto no idioma original;
- equivalência cultural ou experimental: refere-se à equivalência transcultural das experiências vividas pela população-alvo, ou seja, alguns itens do instrumento original poderão ser modificados ou descartados com a intenção de manter a coerência das situações evocadas ou retratadas no contexto ao qual se destina; e
- equivalência conceitual: refere-se à manutenção do conceito proposto no instrumento original, ou seja, muitas palavras ou expressões podem ter equivalência semântica em outros idiomas, no entanto, podem não preservar a mesma equivalência conceitual.

O comitê de especialistas que participou deste estudo 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 com validação de instrumentos. Os especialistas foram convidados por meio do correio eletrônico, informado na plataforma lattes. Após o aceite, foi enviado individualmente um documento contendo a explicação sobre o objetivo da pesquisa (APÊNDICE G), o qual detalha os conceitos trabalhados, o instrumento original KDLS (ANEXO A), a versão consensual traduzida para o português (APÊNDICE H) e as retrotraduções (APÊNDICE I).

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 em português brasileiro do instrumento, EPDR versão consensual. Por meio de uma 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. Havendo a necessidade de sugestões ou mudanças nos termos, os especialistas anotaram em espaço reservado para este fim.

A segunda etapa compreendeu a comparação da escala KDLS original com as duas retrotraduções, denominadas R1 e R2. O objetivo dessa etapa foi obter uma versão final retrotraduzida da KDLS- versão retrotradução para que se comparasse sua equivalência com a KDLS, documento original, em inglês.

3.2.4.1. Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Para a análise dos dados do comitê de especialista foi realizada uma análise descritiva e para a validade de conteúdo do instrumento foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC indica a proporção de especialistas em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite uma análise individual dos itens em um primeiro momento e, depois, do instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para a interpretação do IVC, foi adotado o critério proposto por Lynn (1986), segundo o qual, para cinco ou menos especialistas, considera-se o nível de significância de 0,05, todos os especialistas devem estar de acordo com a avaliação do item. No caso de seis ou mais especialistas, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. A constatação de $IVC \leq 0,75$ implica na revisão e modificação do item pelo pesquisados, pois significa que pelo menos dois dos especialistas não estavam de acordo com a validade de conteúdo.

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 (LYNN, 1986). A fórmula para avaliar cada item individualmente está representada abaixo:

IVC: Número de respostas “3” ou “4”

Número total de respostas

3.2.5. Pré-teste da *Kidney Disease Loss Scale*

Esta etapa buscou avaliar a equivalência das versões original e final. Consiste em aplicar o instrumento em uma amostra da população e assim, detectar erros e confirmar a compreensão de todas as perguntas nessa amostra. Isto pode ser feito perguntando-se aos clientes, após cada questão ou item o que ele compreendeu, encorajando-o a verbalizar suas dúvidas chegando ao final a significados equivalentes

Neste estudo, optou-se por utilizar a técnica de prova, a qual foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva do interior do estado de São Paulo. A amostra do pré-teste foi composta por 15 participantes que possuíam os critérios de elegibilidade: 18 anos ou mais, possuam o diagnóstico médico de doença renal crônica, estejam em tratamento hemodialítico e concordem em participar do estudo com a assinatura do TCLE (APÊNDICE J).

3.3 Procedimentos éticos

Todos os aspectos éticos que tratam pesquisas com seres humanos foram seguidos, de acordo com a Resolução 466/2012, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº 509.241) (ANEXO B) e pela instituição onde foi realizada (ANEXO C). Participaram da pesquisa apenas os sujeitos que concordaram mediante a assinatura do TCLE.

3.4 Validação

O instrumento originado a partir da adaptação cultural não é considerado válido até que suas propriedades psicométricas, confiabilidade e validade, sejam confirmadas (PASQUALI, 2009).

3.4.1 Confiabilidade

A confiabilidade de um instrumento, também denominada, precisão ou fidedignidade, é o grau de coerência com o qual o instrumento mede um atributo

(PASQUALI, 2009). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a confiabilidade de uma medida é o critério mais importante para avaliar sua qualidade, existem dois aspectos relevantes no sentido de garantir a confiabilidade quando se coletam dados, a estabilidade e a consistência interna.

A estabilidade pode ser avaliada por meio de três métodos, a estabilidade (teste-reteste), a homogeneidade e a equivalência (inter-observadores). A presente pesquisa avaliou a a estabilidade da EPDR, sendo que o instrumento foi aplicado a uma amostra de pacientes em duas ocasiões, com intervalo de quinze dias e depois se comparam os escores.

A homogeneidade ou consistência interna deve ser avaliada para se verificar se todos os itens estão relacionados a diferentes aspectos do mesmo atributo. Permite verificar se as questões de um instrumento refletem ou medem o mesmo conceito (GOLDSHEYDER et al., 2002). Neste estudo, foi calculado o alfa de Cronbach para verificar a consistência interna da escala EPDR.

3.4.2 Validade

A validade refere-se ao grau em que um instrumento mede aquilo que se propõe a medir (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Existem três tipos principais de validade: de conteúdo, de constructo e de critério. Mais recentemente, diferentes tipos de validade têm emergido, como validade discriminante e validade convergente. Entretanto, é importante destacar que todos os tipos de validade estão voltados para o mesmo objetivo, ou seja, avaliar o grau de confiança que se pode atribuir às inferências feitas a partir dos escores obtidos com aplicação das escalas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.4.2.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado construto. Quando um investigador está desenvolvendo uma ferramenta e surgem questões relacionadas à validade de conteúdo, a preocupação é se a ferramenta de medição e as questões são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Na presente pesquisa foi avaliada através do índice de validade de conteúdo, que representa a porcentagem de concordância entre especialistas sobre o universo de um dado construto.

3.4.2.2 Validade de critério

A validade de critério comprova a correlação existente entre os escores do instrumento que se quer testar e algum critério externo (PASQUALI, 2009). Existem dois tipos de validade de critério, validade concorrente e validade preditiva. A validade concorrente é obtida pela aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, nos mesmos sujeitos, para posterior comparação dos resultados. A validade preditiva refere-se a acurácia de um instrumento em prever acontecimentos futuros (PASQUALI, 2009).

No presente estudo foi verificada a validade concorrente da EPDR, por meio da correlação entre os escores da EPDR e os escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e dos escores da EPDR com as pontuações do Kidney Disease and Quality of Life Short – Form (KDQOL-SF).

3.4.2.3 Validade de constructo

A validade construto é a forma fundamental de validade dos instrumentos psicológicos. Essa validade permite tanto a avaliação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento, como possibilita a avaliação do próprio instrumento (PASQUALI, 2009). Análise fatorial é uma abordagem final para avaliar a validade de construto. Essa análise revela informações na medida em que um conjunto de questões mede o mesmo construto ou dimensão deste, mostra o grau em que cada questão se agrupa em torno de uma ou mais dimensões (PASQUALI, 2009). A validade de construto da EPDR foi também confirmada através da análise fatorial, a qual mostra o grau em que cada questão se agrupa em torno de uma ou mais dimensões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A validação convergente/concorrente pressupõe correlação significativa entre o fenômeno mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais tal fenômeno deveria estar relacionado (PASQUALI, 2009). No presente estudo foram verificada a validade convergente, também por meio da correlação entre os escores da EPDR e os escores da HADS e dos escores da EPDR com as pontuações do KDQOL-SF.

A validade de discriminante foi verificada por meio da técnica dos grupos conhecidos. A técnica de grupos conhecidos consiste em buscar resultados diferentes ao se aplicar um instrumento a grupos com características contrastantes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim foi comparada a média de perdas entre os

grupos com e sem depressão, com e sem ansiedade e com melhor ou pior qualidade de vida.

3.4.3 Local e período do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva do interior do estado de São Paulo, no momento da pesquisa atendia cerca de 165 pacientes em tratamento hemodialítico. Os dados foram coletados no período de março a junho de 2014.

3.4.4 Amostra

A amostra da pesquisa foi composta pelos sujeitos que possuíram os seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Apresentar diagnóstico de DRC em estágio terminal;
- Estar em tratamento hemodialítico;
- Concordar em participar da pesquisa com a assinatura do TCLE.

Para determinação do tamanho amostral optou-se pelo número mínimo de 90 respondentes, visto que para a realização da análise fatorial do instrumento e para tanto recomenda-se de 10 a 15 sujeitos por item da escala (STEVENS, 1992; TABACHNICK, FIDELL, 2001). A determinação do tamanho amostral foi realizada com o apoio de um estatístico.

3.4.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados sóciodemográficos e clínicos foi viabilizada por meio de um instrumento de caracterização (APÊNDICE K). Contêm informações referentes às características sociodemográficas e clínicas, como sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, situação atual de trabalho, renda mensal familiar e informações sobre a doença e tratamento.

A HADS (ANEXO D) elaborada em 1983 (ZIGMOND; SNAITH, 1983) e adaptada e validada para língua portuguesa em 1995 (BOTEGA et al., 1995), avalia os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia em tratamento ambulatorial.. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete

itens em cada domínio. A pontuação varia de 0-21 em cada subescala. Para a interpretação dos valores, considera-se que quanto mais alta a pontuação, maior a gravidade dos sintomas. Na presente pesquisa, adotou-se os pontos de corte informados na literatura: escore igual ou superior a 8 pontos indicativo de ansiedade e depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

O KDQOL-SF (ANEXO E) foi desenvolvido pelo grupo Working Group, em 1997 e traduzido e validado para o contexto brasileiro em 2003 (DUARTE, 2003) é um instrumento específico que avalia qualidade de vida relacionada à saúde no contexto da DRC, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de tratamento dialítico. Tal questionário é composto por 80 itens, divididos em 19 dimensões, as quais são analisadas separadamente, resultando em médias de valores e identificando os reais problemas relacionados à saúde dos pacientes. A pontuação final varia de zero a 100, onde 100 é a melhor classificação e zero a pior, na avaliação da qualidade de vida do paciente.

3.4.6 Procedimento da coleta de dados

Os referidos instrumentos foram aplicados previamente à sessão de hemodiálise, na sala de espera, ou na sua impossibilidade, nas duas primeiras horas de tratamento. Após as explicações a respeito do estudo, esclarecimento de dúvidas foi solicitado à assinatura do TCLE. Considerando a possibilidade de algum dos participantes apresentarem problemas visuais e/ou baixo nível instrucional, a aplicação do instrumento foi por meio de entrevista individual.

3.5 Tratamento estatístico

Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows, e então, para o programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0, para as seguintes análises:

- Descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio- padrão);
- Coeficiente alfa de *Cronbach*: utilizado para verificar a consistência interna dos instrumentos EPDR, HADS e KDQOL-SF;
- Índice de Correlação Intraclasse: usado para avaliação da reprodutibilidade e estabilidade no teste-reteste;

- Coeficiente de Correlação de Pearson: utilizado para verificar a validade concorrente e a validade convergente entre os escores da EPDR e HADS e entre EPDR e KDQOL-SF;
- Test t medida independente: utilizado para verificar a validade discriminante, por meio da técnica dos grupos conhecidos, com a comparação de médias de perdas, obtida por meio da aplicação da EPDR, entre os grupos com e sem depressão, com e sem ansiedade e com melhor ou pior qualidade de vida;
- Análise fatorial: para verificar a validade de construto por meio da estrutura fatorial da EPDR, em que se realizou uma análise de componente principais com rotação varimax. Foi utilizada uma rotação varimax, porque a EPDR é reconhecida internacionalmente como uma escala unifatorial.
- O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).



4 RESULTADOS

Os resultados apresentados correspondem a ordem dos objetivos específicos, ou seja, as etapas do processo de tradução, adaptação e validação da *Kidney Disease Loss Scale*, além da caracterização da amostra que possibilitou a consecução desse processo.

4.1 Tradução

Conforme as etapas preconizadas na literatura, o instrumento *Kidney Disease Loss Scale* foi submetido à tradução para o português brasileiro por duas tradutoras bilíngues que realizaram a tarefa de maneira independente. As duas tradutoras possuíam fluência no inglês americano (idioma do instrumento original) e experiência na tradução de textos para revistas científicas na área da saúde. Neste contexto, foram feitas duas traduções da versão original.

4.2 Síntese das traduções

Para realização da síntese das traduções, inicialmente os pesquisadores analisaram e compararam as traduções (versão T1 e T2), colocando-se em destaque os itens que precisariam de consenso. No estudo permaneceu a tradução dos termos que melhor expressavam o sentido original e com melhor significado para o idioma brasileiro

Os dois tradutores reuniram-se com as pesquisadoras para realizar uma síntese do resultado das traduções. As traduções foram comparadas, a fim de facilitar a análise e discussão sobre a tradução conceitual e literária simultaneamente, além de garantir o melhor significado para as palavras no idioma português e identificar as possíveis dificuldades de interpretação. Ademais, a Tabela 1 esboça a síntese das traduções.

Tabela 1 - Síntese das Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens da KDLS. São Carlos, 2015.

T1	T2	Consensual
Escala de Perdas referente à Doença Renal	Escala de Perdas devidas à Doença Renal	Escala de Perdas Referente à Doença Renal (EPDR)
Quando você considera a 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. Por favor, considere as PERDAS: coisas que você costumava fazer antes da doença renal/diálise e que agora você não pode fazer mais fazer ou coisas que você faria se não tivesse doença renal/diálise. Por favor, liste abaixo as cinco coisas mais importantes que você perdeu por causa da doença renal/diálise.	Quando pensa em sua vida atual com a doença renal e os tratamentos de diálise, é claramente diferente de como era ou teria sido sua vida. Também pode achar que perdeu muitas coisas. Pedimos que considere PERDAS: coisas que você fazia antes da doença renal/diálise e que não consegue fazer mais agora 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.	Quando você considera a 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 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
Com relação às cinco perdas descritas acima, por favor, leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmativas e circule um número 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto a afirmação se aplica a você	Com relação às cinco perdas descritas acima, pedimos que leia cada uma das seguintes declarações cuidadosamente e que circule o número 0, 1, 2 ou 3 que indica em que grau essa declaração se aplica a você	Com relação às cinco perdas descritas acima, por favor, leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmativas e circule o número 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto a afirmação se aplica a você
A escala de classificação é a que segue:	A escala de avaliação é a seguinte:	A escala de avaliação é a seguinte:
Não se aplica a mim de forma alguma	Não se aplica a mim de forma alguma	Não se aplica a mim de forma alguma
Se aplica a mim em algum grau ou uma parte do tempo	Se aplica a mim em certo grau, ou às vezes	Se aplica a mim em algum grau ou uma parte do tempo
Se aplica a mim em um grau considerável ou uma boa parte do tempo	Se aplica a mim consideravelmente, ou uma grande parte do tempo	Se aplica a mim em um grau considerável ou uma boa parte do tempo
Se aplica muito a mim ou a maior parte do tempo	Se aplica a mim em alto grau, ou a maior parte do tempo	Se aplica muito a mim ou a maior parte do tempo
1. Eu penso tanto sobre essas perdas que é difícil pra mim fazer as coisas que eu normalmente faço no dia-a-dia	1. Penso tanto nessas perdas que é difícil para mim fazer as coisas diárias que costumo fazer	1. Eu penso tanto sobre essas perdas que é difícil fazer as coisas diárias que costumo fazer
2. A lembrança dessas perdas me aborrece	2. Memórias das perdas me perturbam	2. A lembrança dessas perdas me aborrece
3. Eu me inquieto/ocupo com os pensamentos dessas perdas	3. Estou preocupado(a) com pensamentos sobre as perdas	3. Eu estou preocupado(a) com os pensamentos dessas perdas
4. Eu sinto um desejo de recuperar o que eu perdi	4. Sinto que desejo recuperar o que perdi	4. Eu sinto um desejo de recuperar o que eu perdi

5. Eu não consigo acreditar no que aconteceu	5. Sinto descrença no que aconteceu	5. Eu não consigo acreditar no que aconteceu
6. Eu fico chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu	5. Me sinto atordoado(a) ou chocado(a) por causa do que aconteceu	6. Eu me sinto chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu
A primeira parte da Escala de perda referente à doença renal que pede aos respondentes para listarem as suas cinco perdas mais importantes deve ser retida quando a escala é usada porque a mesma define o contexto em que os seis itens são classificados	A primeira parte da KDLS, que solicita que os respondentes indiquem as cinco perdas mais importantes, deve ser mantida no uso da KDLS, porque estabelece o contexto para a avaliação dos seis itens.	A primeira parte da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, que solicita aos respondentes para listarem as suas cinco perdas mais importantes, deve ser mantida no uso da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, porque estabelece o contexto para a avaliação dos seis itens.

4.3 Retrotradução

A versão consensual da *Kidney Disease Loss Scale* no idioma português foi revertida para o idioma original (inglês americano) por outros dois tradutores independentes, com experiência na tradução de textos científicos na área de saúde. Cabe destacar que ambos os tradutores não sabiam dos objetivos da tradução e conceito do instrumento.

O instrumento foi enviado por correio eletrônico aos tradutores, que encaminharam de volta as versões R1 e R2, resultantes do processo da retrotradução. As duas retrotraduções apresentaram semelhanças com o instrumento original em inglês.

4.4 Revisão do comitê de especialistas

O comitê de especialistas que participou deste estudo foi composto por sete professores doutores, bilíngues, de três diferentes áreas da saúde: enfermeiros, médicos e psicólogos. Além destes aspectos, foram buscadas pessoas com experiência em nefrologia ou com validação de instrumentos.

Na Tabela 2 verificam-se os índices percentuais de concordância entre os especialistas.

Tabela 2 - Índices percentuais de concordância entre os especialistas, conforme as avaliações semântica e idiomática nas versões original e traduzida. São Carlos, 2015.

	ITENS	IVC
1	Escala de Perdas referente à Doença Renal (EPDR)	1,00
2	Quando você considera a 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 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.	0,83
3	Com relação às cinco perdas descritas acima, por favor, leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmativas e circule o número 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto a afirmação se aplica a você	0,83
4	A escala de avaliação é a seguinte:	1,00
5	0 = Não se aplica a mim de forma alguma	1,00
6	1 = Se aplica a mim em algum grau ou uma parte do tempo	1,00
7	2 = Se aplica a mim em um grau considerável ou uma boa parte do tempo	1,00
8	3 = Se aplica muito a mim ou a maior parte do tempo	1,00

9	1. Eu penso tanto sobre essas perdas que é difícil fazer as coisas diárias que costumo fazer	0,83
10	2. A lembrança dessas perdas me aborrece	0,83
11	3. Eu estou preocupado (a) com os pensamentos dessas perdas	1,00
12	4. Eu sinto um desejo de recuperar o que eu perdi	1,00
13	5. Eu não consigo acreditar no que aconteceu	1,00
14	6. Eu me sinto chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu	1,00
15	A primeira parte da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, que solicita aos respondentes para listarem as suas cinco perdas mais importantes, deve ser mantida no uso da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, porque estabelece o contexto para a avaliação dos seis itens.	0,83

Observa-se na Tabela 2 que, dos 15 tópicos do instrumento, 10 foram considerados equivalentes, concordância igual a 1,00 e, portanto, mantidos. São estes os itens: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 e 14.

Vale ressaltar que os outros cinco itens (2,3,9,10,15) da KDLS apresentaram IVC = 0,83 (Tabela 1), 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 (LYNN, 1986). Cabe salientar que se obteve uma média geral de concordância de 94% na análise efetuada pelos especialistas.

A avaliação do comitê de especialistas resultou na versão final da retrotradução nomeada EPDR – retrotradução final e na versão pré-final, do instrumento KDLS em português brasileiro, a Escala de Perdas referentes à Doença Renal, ambas encaminhadas aos autores da escala KDLS original como forma de garantir que todas as etapas fossem por eles rigorosamente acompanhadas.

Na tabela 3 observa-se a comparação entre as médias dos especialistas, todas obtiveram valores próximos com *p-valor* significativa.

Tabela 3- Comparações entre as notas dos especialistas, por meio da ANOVA one-way. São Carlos, 2015.

	Média	Dp	P valor
Especialista 1	4,0	0,00	0,000
Especialista 2	3,6	0,48	0,001
Especialista 3	4,0	0,00	0,000
Especialista 4	3,5	0,63	0,033
Especialista 5	3,2	0,73	0,012

Especialista 6	3,4	0,74	0,019
Especialista 7	3,6	0,50	0,017

4.5 Pré-teste

A versão pré-final da Escala de Perdas referente à Doença Renal (EPDR) utilizada no pré-teste foi aplicada em quinze pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico de uma unidade de terapia renal substitutiva no interior do Estado de São Paulo.

Observa-se na Tabela 4 que 66,7% dos respondentes eram do sexo masculino, com idade de média 47,00 ($\pm 13,47$) anos, compreendida entre 27 a 73 anos. O tempo médio de escolaridade foi de 7,20 ($\pm 1,73$) anos, variando de zero a 16 anos de estudo. A religião predominante foi católica (66,7%), sendo que 99,3% eram praticantes.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas dos 15 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	10	66,7
Feminino	05	33,3
Idade		
22 a 59 anos	10	66,7
60 a 79 anos	05	33,3
Situação Conjugal		
Com parceiro fixo	74	74,0
Sem parceiro fixo	26	26,0
Escolaridade		
Analfabeto	02	13,3
1 a 4 anos	01	6,7
5 a 9 anos	07	46,7
10 anos ou mais	05	33,3
Religião		
Católica	10	66,7
Evangélica	03	20,0
Congregação Cristã	03	6,7
Não possui	01	6,7
Praticante		
Sim	14	99,3
Não	01	6,7

Com relação à perda, avaliada pela escala KDLS traduzida, o escore médio obtido foi de 7,08 ($\pm 4,32$). Vale lembrar que a pontuação da KDLS pode variar de 0 a 18, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sensação de perda do indivíduo avaliado. A variação da pontuação total obtida foi de 03 a 16. Quanto à consistência interna da KDLS, observa-se que o alpha de Cronbach foi 0,74, indicando uma confiabilidade satisfatória (Tabela 5). Cabe salientar que a informação sobre o nível de perdas avaliado neste momento com a KDLS traduzida deve ser verificado com cautela, pois outras análises subsequentes foram feitas para se confirmar as propriedades psicométricas da escala.

Tabela 5 - Estatística descritiva da KDLS traduzida aplicada no pré-teste com 15 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Variável	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máxima	Alfa Cronbach
KDLS traduzida	7,80	4,32	7,0	3	16	0,74

Referente ao tipo de perdas associadas à DRC nomeadas pelos pacientes, as principais foram: trabalho (n=10), alimentação (n=8), viagem (n=7), atividades físicas (n=6), liberdade (n=6), bebidas (n=5), entre outras.

A versão adaptada foi bem aceita pelos pacientes renais crônicos, sendo de fácil e rápida aplicação, em média 15 minutos. Não houve dificuldade dos respondentes quanto à compreensão do significado e clareza dos itens da escala. Assim, nenhuma questão necessitou ser modificada. Ademais, os 15 participantes dessa etapa foram inclusos no processo de validação, visto que não houve a necessidade de modificações no instrumento.

4.6 Validação

As propriedades de medida de um instrumento adaptado devem ser verificadas para investigar a validade da Escala de Perdas referente à Doença Renal, comparando seus resultados com os de duas escalas validadas no Brasil e que avaliam constructos também avaliados pelos autores da escala original (qualidade de vida, ansiedade e depressão). Cabe salientar que foram utilizados

instrumentos similares, validados para o contexto brasileiro, aos instrumentos que os autores da escala original para a etapa de validação da KDLS.

4.6.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

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%) (Tabela 6).

Ainda na Tabela 6, verifica-se que 61,0% recebiam apenas um salário mínimo e 38%, de dois a cinco salários mínimos. Um total de 79,0% não realizava nenhum tipo de atividade profissional remunerada. A religião predominante foi católica (58,0%), sendo que 67,0% eram praticantes.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	66	66,0
Feminino	34	34,0
Idade		
22 a 59 anos	60	60,0
69 a 79 anos	40	40,0
Situação Conjugal		
Com parceiro fixo	74	74,0
Sem parceiro fixo	26	26,0
Escolaridade		
Analfabeto	03	3,0
1 a 4 anos	46	46,0
5 a 9 anos	21	21,0
10 anos ou mais	30	30,0
Renda per capita mensal R\$		
Até 1 SM	58	58,0
1,1 a 3 SM	38	38,0
3,1 ou mais SM	04	4,0
Aposentadoria		
Sim	79	79,0
Não	21	21,0
Religião		
Católica	58	58,0
Evangélica	21	21,0
Congregação Cristã	08	8,0
Espirita	04	4,0
Assembleia de Deus	03	3,0

Outras	04	4,0
Não possui	02	2,0
Praticante		
Sim	67	67,0
Não	31	31,0

SM: Salário Mínimo; valor do salário vigente na época 724,00 (Decreto nº 8.166 de 23 de dezembro de 2013);

Na Tabela 7 observa-se que 54,0% (n=54) realizavam a hemodiálise entre 12,1 a 60 meses. Quanto à via de acesso vascular, houve a prevalência de pacientes com fístula arteriovenosa (90,0%). A maioria dos pacientes realiza a hemodiálise vinculada ao Sistema Único de Saúde (96,0%). Em relação aos medicamentos, a maioria dos pacientes fazia uso dos mesmos, sendo que 51,0% utilizavam entre 5,1 a 10 medicamentos.

Tabela 7 - Distribuição das variáveis clínicas dos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Variável	n	%
Tempo de tratamento		
Até 12 meses	22	22,0
12,1 a 60 meses	54	54,0
60,1 ou mais meses	24	24,0
Acesso Vascular		
FAV	90	90,0
CDL	10	10,0
Doença Base		
Hipertensão Arterial Sistêmica	38	38,0
Diabetes Mellitus tipo II	21	21,0
Glomerulopatias	21	21,0
Outras	16	16,0
Não sabe	04	4,0
Medicamentos		
1 a 5	35	35,0
6 a 10	51	51,0
11 a 15	11	11,0

16 a 20	02	2,0
Nenhum	01	1,0

Com relação às principais causas de DRC, houve a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (38,0%), seguido de diabetes *mellitus* tipo 2 (21,0%). Sobre a descrição da saúde, 4% descrevem sua saúde como excelente, 47,0% boa, 32,0% como regular, 7,0% muito boa, 6,0% ruim, 4,0% muito ruim (Tabela 7).

Os resultados da avaliação de perdas, por meio da EPDR, são indicados na Tabela 8. A média para a EPDR total foi de 7,38 ($\pm 5,19$), sendo a variação foi de 0 a 18. Em relação as subescalas, o escore médio foi de 4,40 ($\pm 3,69$) e 3,67 ($\pm 2,50$) para perdas cognitivas e afetivas respectivamente.

Tabela 8 - Estatística descritiva dos escores da Escala de Perdas Referente à Doença Renal aplicada aos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Variável	Média (Dp)	Mediana	Varição obtida
EPDR	7,38 (5,19)	7,00	0-18
Perdas cognitivas	4,40 (3,69)	4,00	0-12
Perdas afetivas	3,67 (2,50)	3,00	0-9

Os resultados qualitativos da EPDR indicam que 62% das perdas foram relacionadas ao trabalho/estudo, seguido de 44% restrições alimentares, 40% impossibilidade de viajar, 35% atividades físicas entre outras (Tabela 9).

Tabela 9 – Perdas nomeadas pelos pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Tipos de perdas indicadas	%*
Trabalho/ estudo	62,0
Alimentação	44,0
Viagem	40,0
Atividades físicas	35,0
Atividades de esforço	20,0
Liberdade	19,0
Família/ relações pessoais	17,0

Energia	4,0
Relações sexuais	4,0

* Percentual foi realizado pelo total de participantes que nomearam a mesma perda

Os resultados da avaliação da ansiedade e da depressão, por meio da HADS são apresentados na Tabela 10. A média do escore da escala total (HADS - T) foi de 6,20 ($\pm 4,43$). A variação da pontuação total obtida foi de 0 a 13. Quanto à consistência interna da HADS - T, o alpha de Cronbach foi 0,79, indicando uma confiabilidade satisfatória.

Tabela 10 - Estatística descritiva dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão aplicada aos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Variável	Média (Dp)	Mediana	Varição	Alpha
HADS - Total	6,20 (4,43)	5,00	0-13	0,79
HADS - Ansiedade	5,05 (3,25)	4,00	0-17	0,80
HADS - Depressão	4,08 (3,43)	5,00	0-17	0,73

DP: desvio padrão

Ainda na tabela 10 verifica-se que o escore médio da ansiedade (HADS - A) foi de 5,05 (3,25), com variação de 0 a 17. Já a pontuação média da depressão (HADS - D) foi de 4,08 ($\pm 3,43$). Nota-se que o alpha de Cronbach para ambos os domínios foi satisfatório ($\geq 0,70$).

Na tabela 11 estão descritos os escores médios de QVRS avaliados por meio do KDQOL-SF. Verifica-se que as dimensões que obtiveram os menores escores foram: “Situação de Trabalho” (17,00), “Carga da Doença Renal” (38,31) e “Função Emocional” (41,99). Em contrapartida, obtiveram as maiores pontuações as dimensões “Função Cognitiva” (89,06), “Suporte Social” (86,66) e “Sintomas e problemas” (82,42). Quanto à consistência interna do KDQOL-SF, a maioria das dimensões obteve valores de alpha de Cronbach satisfatórios ($\geq 0,70$).

Tabela 11 - Estatística descritiva das dimensões do KDOLQ-SF aplicada aos 100 pacientes renais crônicos. São Carlos, 2015.

Dimensões	Média (Dp)	Mediana	Varição	Alpha
Sintomas/problemas	82,70 ($\pm 13,68$)	85,42	33-100	0,85
Efeitos da doença renal	76,25 ($\pm 16,42$)	78,13	25-100	0,73
Carga da doença renal	38,31 ($\pm 23,41$)	34,37	6-100	0,74

Situação de trabalho	17,00 ($\pm 31,95$)	0,00	0-100	0,96
Função cognitiva	88,06 ($\pm 15,57$)	93,93	20-100	0,80
Qualidade da interação social	73,46 ($\pm 15,81$)	73,30	40-93	0,60
Função sexual	64,40 ($\pm 22,51$)	62,50	0-100	0,62
Sono	72,22 ($\pm 20,77$)	80,00	20-95	0,69
Suporte social	86,66 ($\pm 23,92$)	100,00	0-100	0,88
Incentivo de equipe de diálise	82,12 ($\pm 19,75$)	75,00	0-100	0,94
Satisfação do paciente	53,66 ($\pm 20,99$)	50,00	0-100	0,65
Funcionamento físico	65,35 ($\pm 28,04$)	70,00	0-100	0,92
Função física	46,00 ($\pm 37,38$)	50,00	0-100	0,80
Dor	73,07 ($\pm 30,06$)	80,00	10-100	0,89
Saúde geral	56,65 ($\pm 17,37$)	60,00	20-100	0,74
Bem estar emocional	61,84 (17,66)	64,00	12-88	0,81
Função emocional	41,99 ($\pm 38,67$)	33,33	0-100	0,77
Função sexual	68,62 ($\pm 24,32$)	75,00	12-100	0,80
Energia/fadiga	63,05 ($\pm 16,95$)	65,00	10-90	0,81

DP: desvio padrão

4.6.2 Confiabilidade

A confiabilidade da EPDR foi verificada por meio da análise da consistência interna e do teste-reteste.

O Alfa de Cronbach foi utilizado para a análise da consistência interna para amostra total. O resultado do coeficiente alfa varia entre 0 a 1, considerando-se maior confiabilidade quanto mais próximo de 1. Os critérios para a retirada dos itens inconsistentes foram: correlações negativas ou nulas entre os itens da escala e acréscimos importantes ao valor do Alpha de Cronbach, se o item for excluído.

Tabela 12 - Análise da consistência interna entre os itens da EPDR. São Carlos, 2015.

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

Na análise de consistência interna da EPDR obteve-se alfa de Cronbach total de 0,863. O Alfa não apresenta nenhuma melhora significativa quando algum item é retirado. Pode-se afirmar que a confiabilidade foi elevada, mantendo as características da escala original, após as etapas de tradução e adaptação cultural para o Brasil.

O teste-reteste realizado com os 15 pacientes com DRC para a investigação da estabilidade entre a primeira e a segunda aplicação do instrumento, com 15 dias de diferença entre elas, a diferença entre a média dos escores obtidos entre a primeira e a segunda aplicação foi de 0,03. Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a primeira e a segunda aplicação da EPDR ($p=0,670$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Médias obtidas entre a primeira e segunda aplicada da EPDR. São Carlos, 2015.

	Média	Test t pareado
Score da Escala de Perdas referente à Doença Renal	7,38	
Score da Escala de Perdas referente à Doença Renal Reteste	7,35	0,670

O Índice de Correlação Intraclasse (ICC) é usual para medir se os dados apresentam reprodutibilidade. A Tabela 14 mostra ICC de 0,986 para a EPDR, o que sugere uma reprodutibilidade elevada e o valor $p=0,000$ significativo para esse resultado, indicando que há uma reprodutibilidade.

Tabela 14 - Índice de Correlação Intraclasse (ICC) realizado no teste-reteste, São Carlos, 2015.

	ICC	Intervalo de confiança de 95%		p-valor
		Limite inferior	Limite superior	
Escore EPDR e EPDR RT	0,996	0,986	0,994	0,000

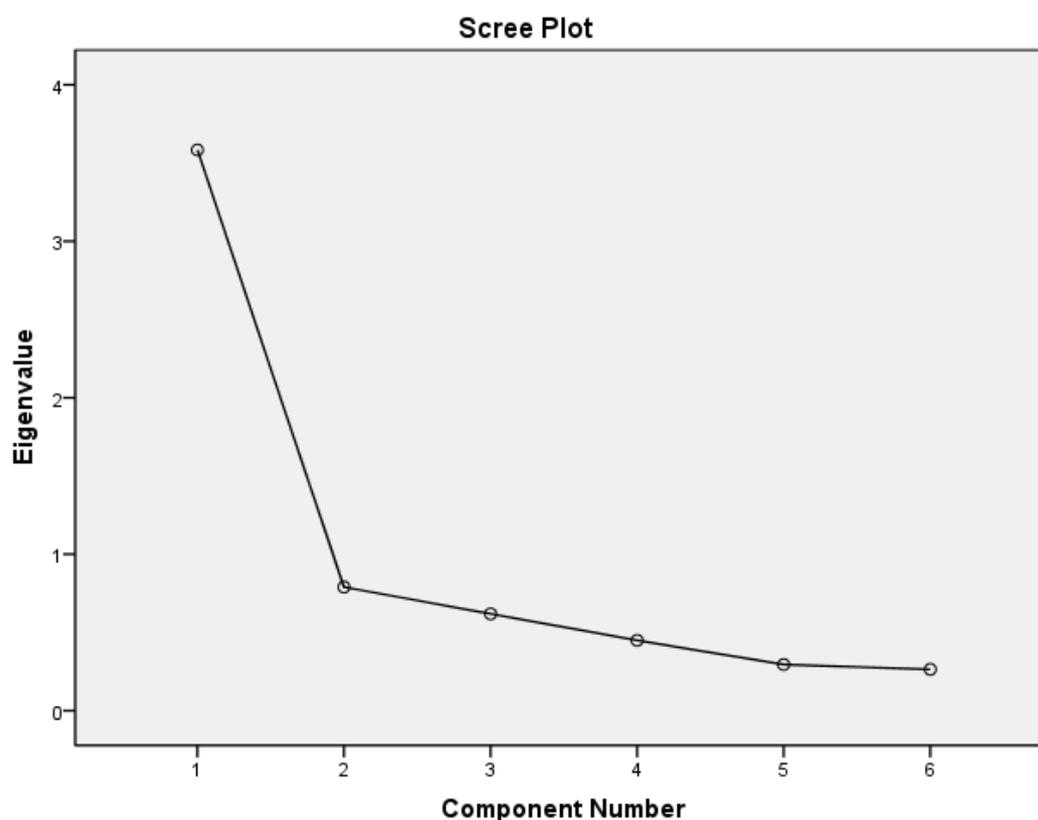
4.6.3 Validade

4.6.3.1 Análise Fatorial

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 EPDR é reconhecida internacionalmente como uma escala unifatorial de perdas.

Observa-se na Figura 2 que, a solução de um fator é satisfatória para esse conjunto de itens. O *scree plot* indicou que a solução unifatorial, como esperado, seria a mais indicada. Essa solução produziu um fator com *eigenvalue* de 3,58 e explicou 59,7% da variância total.

Figura 2 - *Scree Plot* dos itens da Escala de Perda referente à Doença Renal. São Carlos, 2015.



Os resultados da análise fatorial mostraram que o índice KMO foi de 0,82 e o teste de esfericidade de *Bartlett* foi significativo ($p < 0,001$). Os itens com as respectivas cargas fatoriais são apresentados na tabela 15.

Tabela 15 - Análise fatorial dos itens da Escala de Perdas referentes à Doença Renal. São Carlos, 2015.

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	

4.6.3.2 Validade concorrente e convergente

A correlação entre as perdas e a ansiedade e a depressão, estes últimos avaliados pela HADS, verificou-se a existência de correlação positiva, de moderada magnitude, entre a EPDR versão final e as subescalas Ansiedade ($r = 0,534$), Depressão ($r = 0,344$) e da HADS total ($r = 0,546$), com diferença estatisticamente significativa (Tabela 16).

Tabela 16 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a KDLS traduzida e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. São Carlos, 2015.

		Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão		
		Ansiedade	Depressão	Total
Perdas	R	0,534	0,344	0,546
	p-valor	<0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100

Na tabela 17 verifica-se as correlações entre o instrumento KDQOL-SF e a EPDR. Todos os domínios do KDQOL- SF se correlacionaram negativamente com perdas, com significância estatística na maioria dos domínios, exceto Situação de trabalho, Função cognitiva, Função sexual, suporte social, incentivo da equipe de diálise e satisfação do paciente. Com relação à magnitude destas correlações, verifica-se que variaram de fraca a forte magnitude.

Tabela 17 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a KDLS traduzida e o Kidney Disease and Quality of Life Short - Form . São Carlos, 2015.

		Kidney Disease and Quality of Life Short - Form																		
		SP	EDR	CDR	ST	FC	QIS	FS	S	SS	IED	SP	FF	FFI	D	SG	BEE	FE	FSO	EF
	R	-0,357	-0,398	-0,472	-0,170	-0,272	-0,302	-0,115	-0,310	-0,092	-0,069	-0,039	-0,331	-0,391	-0,319	-0,466	-0,482	-0,436	-0,365	-0,464
Perdas	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,090	0,006	0,002	0,443	0,002	0,365	0,498	0,699	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000

SP- sintomas/problemas; EDR- Efeitos da doença renal; CDR- Carga da doença renal; ST- Situação de trabalho; FC- Função cognitiva; QIS- Qualidade da interação social; FS- Função sexual. S- sono; SS- Suporte Social; IED- Incentivo de equipe de diálise; SP- Satisfação do paciente; FF- Funcionamento físico; FFI- Função física; D- dor; SG- Saúde Geral; BEE- Bem estar emocional; FE- Função emocional; FSO- Função Social; EF- energia/fadiga.

4.6.3.2 Validade discriminante

Este método consiste em buscar resultados diferentes ao se aplicar a EPDR nos grupos com e sem depressão, com e sem ansiedade e com qualidade melhor ou pior qualidade de vida. Observa-se na Tabela 18 a comparação das médias obtidas entre a KDLS e os escores da HADS. Verifica-se que os pacientes renais crônicos com sintomas ansiosos e depressivos (HADS ≥ 8), possuem maiores níveis de perdas comparado ao grupo sem sintomas (HADS > 8). Quanto à significância estatística, observa-se que apenas a depressão não apresentou $p \leq 0,05$.

Tabela 18 - Comparação de médias, entre a KDLS traduzida e a HADS, por meio do test t independente. São Carlos, 2015.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	Perdas
Ansiedade	
HADS-A < 8	5,83
HADS-A ≥ 8	10,51
Valor de p	0,038
Depressão	
HADS-D < 8	6,98
HADS-D ≥ 8	9,29
Valor de p	0,245
Total	
HADS-T > 8	6,26
HADS-T ≥ 8	10,91
Valor de p	0,011

Com relação à qualidade de vida, como é um instrumento de pontuação contínua, para a comparação das médias foi calculado o valor da mediana para cada dimensão estabelecendo um parâmetro para QV boa e ruim, para escores maiores ou iguais à mediana e abaixo da mediana respectivamente (Tabela 19).

Tabela 19 - Comparação de médias entre a KDLS traduzida e as dimensões do KDOQOL-SF, por meio do teste t independente. São Carlos, 2015.

KDOQOL-SF	Perdas
Sintomas e problemas	
< 85,42	8,87
$\geq 85,42$	6,05
Valor de p	0,006
Efeitos da doença renal crônica	

< 78,13	8,68
≥ 78,13	6,22
Valor de p	0,018
Carga da doença renal	
< 34,38	9,37
≥ 34,38	5,30
Valor de p	0,000
Situação de trabalho	
<17,00	8,04
≥17,00	5,40
Valor de p	0,027
Função cognitiva	
< 93,33	8,80
≥ 793,33	6,21
Valor de p	0,013
Qualidade da interação social	
< 73,33	8,79
≥ 73,33	6,51
Valor de p	0,031
Função sexual	
< 62,50	9,23
≥ 62,50	6,56
Valor de p	0,076
Sono	
< 80,0	8,79
≥ 80,0	6,07
Valor de p	0,008
Suporte social	
< 100	8,74
≥ 100	6,76
Valor de p	0,079
Incentivo da equipe de diálise	
< 75,00	8,45
≥ 75,00	7,24
Valor de p	0,470
Satisfação do paciente	
< 50,0	7,03
≥ 50,0	7,52
Valor de p	0,351
Funcionamento físico	
< 70,0	8,90
≥ 70,0	6,22
Valor dep	0,010
Função física	
< 50,0	9,42
≥ 50,0	5,89
Valor de p	0,001
Dor	
< 80,0	8,65
≥ 80,0	6,15

Valor de p	0,015
Saúde geral	
< 60,0	9,58
≥ 60,0	5,34
Valor de p	0,000
Bem estar emocional	
< 64,0	9,80
≥ 64,0	5,40
Valor de p	0,065
Função emocional	
< 33,33	10,03
≥ 33,33	6,07
Valor de p	0,039
Função social	
< 75,0	9,13
≥ 75,0	6,00
Valor de p	0,002
Energia/Fadiga	
< 65	9,08
≥ 65	5,80
Valor de p	0,001

Observa-se na tabela 19 que os pacientes renais crônicos com melhor pontuação para a qualidade de vida, apresentaram menores níveis de perda, sendo que a EPDR foi capaz de diferenciar os grupos. Com relação a significância estatística, a maioria das dimensões foram significantes exceto “função sexual”, “sono”, “suporte social”, “incentivo da equipe de diálise”, “satisfação do paciente” e “bem-estar emocional”.



5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

A prevalência do sexo masculino entre os participantes coincide com o estudo realizado por Silva, Coelho e Diniz (2012) em que 63,1% eram do sexo masculino. A predominância do sexo masculino demonstrada nos estudos confirma que os homens estão expostos a determinados fatores de risco e diferenças no acesso aos serviços de saúde, sendo que comparado as mulheres, eles procuram o serviço com menor frequência (GRIVA et al. 2014; OTTAVIANI et al.,2014; CHAN et al, 2010; MACUGLIA et al., 2010).

A idade dos participantes variou entre 23 e 79 anos, com média de 53,25 ($\pm 14,72$) anos. O estudo conduzido com pacientes renais crônicos em hemodiálise, esboçou dados semelhantes, já que a idade média dos sujeitos estudados foi de 56,47 ($\pm 14,48$) anos (OTTAVIANI et al.,2014). Quanto à situação conjugal, no presente estudo a maioria dos participantes possuíam parceiro fixo (77,0%), o que pode ser notado também no estudo de Valcanti et al, (2012) em que 60,0% dos entrevistados afirmaram ser casados, seguidos de solteiros e viúvos com 28,0% e 12,0%, respectivamente.

A amostra estudada pode ser descrita quanto às características socioeconômicas observadas como sendo composta pelo grau de escolaridade fundamental incompleto, alta frequência de indivíduos profissionalmente inativos, que em sua maioria recebem até um salário mínimo. O recente estudo realizado por Ribeiro et al. (2015) observou dados semelhantes, em que a maioria da amostra possuía ensino fundamental incompleto (61,8%), renda familiar de até um salário mínimo (62,1%) e a maioria dos entrevistados eram aposentados (90,1%). A elevada prevalência de aposentado é um importante aspecto a ser observado, o trabalho é a condição básica para a emancipação humana e faz parte da identificação de cada pessoa, portanto, se torna um dos valores mais preciosos do ser humano. Em função da doença e do tratamento, muitas vezes os pacientes precisam parar de trabalhar, o que se contrapõe ao estilo de vida que o indivíduo tinha antes, e dessa forma causa impacto negativo na qualidade de vida (GRASSELLI et al., 2012).

Em relação as crenças religiosas, 58,0% da amostra autodenominaram-se católicos, sendo que 67,0% eram praticantes de suas crenças. Esses dados corroboram com o estudo que objetivou avaliar a atitude religiosa de pacientes renais crônicos, sendo que 60,0% eram da religião católica, 34% evangélicos; 3% espíritas. Os autores do referido estudo constataram que a religiosidade é uma fonte de conforto, força e esperança para os pacientes, promovendo bem-estar geral, e ajudando na aceitação da condição inevitável da finitude (SILVA et al., 2014).

Quanto à caracterização clínica dos participantes da presente pesquisa, verificou-se que 54,0% realizavam a hemodiálise entre 12,1 a 60 meses, houve a prevalência de pacientes com FAV (90,0%). O estudo de Silva et al. (2014) realizado em um Serviço de Nefrologia, de Viçosa- Minas Gerais, o tempo de tratamento dialítico variou de três a 220 meses, sendo que a maior parte dos indivíduos estava em hemodiálise a menos de 60 meses (57,3%). Também observou-se que o acesso venoso mais comum foi FAV, utilizada por 90,7% dos pacientes.

Em relação aos medicamentos, a maioria dos pacientes fazia uso dos mesmos, sendo que 51,0% utilizavam entre 5,1 a 10 medicamentos por dia. Os medicamentos são prescritos com a expectativa de que possam causar benefícios e fatores positivos à saúde dos pacientes (VIK et al., 2006). A média do número de medicamentos prescritos para cada paciente em hemodiálise é de 5 a 11 fármacos, considerando que o elevado consumo de medicamentos influencia na adesão ao tratamento farmacológico (FERNANDES; RAVANHANI; BERTONCIN, 2009; TERRA, 2007).

É importante destacar que a presença de comorbidades nos pacientes em tratamento hemodialítico está associada com o elevado número de medicamentos prescritos para esses pacientes. Observa-se na presente pesquisa a incidência da hipertensão arterial sistêmica como a principal doença de base para a DRC. Os estudos de Ribeiro et al. (2015), Marquito et al. (2014); Lopes et al. (2014) e Sesso (2014) indicaram a hipertensão como principal fator para a doença renal crônica.

5.2 Caracterização de perdas sintomas ansiosos e depressivos e qualidade de vida

Com relação a EPDR obteve-se uma média de 7,38 ($\pm 5,19$), sendo a variação foi de 0 a 18. Quanto as perdas nomeadas tem-se 62% 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. No estudo da versão original as informações sobre a média da escala não foi informada. Quanto os dados qualitativos referentes as perdas nomeadas tem-se que o aumento de nomeação de perdas do grupo pré-diálise até o grupo a longo prazo. Sendo a frequência das atividades de viagens e lazer nomeação como importantes aumentos perdas através dos estágios de diálise, enquanto que a frequência de trabalho / estudos e funcionamento físico diminuiu (CHAN et al., 2010).

Na presente pesquisa, o escore médio de ansiedade e depressão dos pacientes com DRC submetidos à hemodiálise, verificado por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foi de 6,20 ($\pm 4,43$) para ansiedade e 4,08 ($\pm 3,43$) para depressão. Nota-se que o alpha de Cronbach para ambos os domínios foi satisfatório ($\geq 0,70$). De forma semelhante, alguns autores haviam observado anteriormente escore médio que corroboram com o presente estudo (PRELJEVIC et al., 2013; RAMIREZ et al., 2012). Em contrapartida, outras pesquisas identificaram escores médios superiores (GRIVA et al., 2014; LEE et al., 2013; LOOSMAN et al., 2010; MACUGLIA et al., 2010).

O tratamento de pacientes com DRC em hemodiálise prioriza uma melhoria na qualidade de vida, portanto as variáveis que podem interferir na manutenção de uma boa QV devem ser identificadas e modificadas. A ansiedade e a depressão, associados ao tratamento hemodialítico, contribuem para a diminuição da QV (GRIVA et al., 2014; LEE et al., 2013; RAMIREZ et al., 2012; VARELA et al., 2011; MACUGLIA et al., 2010).

Com relação à prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes renais crônicos do presente estudo, observa-se 33,0% de sintomas de ansiedade e 16,0% de sintomas de depressão. Os achados corroboram com a porcentagem semelhante a pesquisas publicadas na literatura, em que a prevalência desses

transtornos de humor oscila entre 5 a 45% em hemodialisados (GRIVA et al., 2014; STASIAK et al., 2014; LEE et al., 2013; MACUGLIA et al., 2010).

No que se refere à qualidade de vida, avaliada pelo *Kidney Disease and Quality of Life Short - Form* verifica-se que as dimensões que obtiveram os menores escores foram: “Situação de Trabalho”, “Carga da Doença Renal” e “Função Emocional”. Em contrapartida, obtiveram as maiores pontuações as dimensões “Função Cognitiva”, “Suporte Social” e “Sintomas e problemas”. O maior escore médio foi a “Função Cognitiva”, mas cabe salientar que os doentes renais crônicos constituem uma população de risco para o declínio cognitivo. Dessa forma, mesmo com um bom desempenho nessa dimensão, é necessária a avaliação periódica da função cognitiva, uma vez que são múltiplos os fatores de risco para o comprometimento cognitivo (CONDÉ et al., 2010). Quanto à consistência interna do KDQOL-SF, a maioria das dimensões obteve valores de alpha de Cronbach satisfatórios ($\geq 0,70$).

Lopes et al., (2014) na avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde obtiveram-se pontuações médias elevadas nos domínios “Função Cognitiva” ($89,3 \pm 13,5$), “Suporte Social” ($88,6 \pm 20,1$), “Função Sexual” ($84,5 \pm 20,9$) e “Qualidade de Interação Social” ($82,9 \pm 12,4$). O maior escore médio foi a “Função Cognitiva” ($89,3 \pm 13,5$), dado que se assemelha ao presente estudo. O alpha de Cronbach variou de 0,42 a 0,92 entre as dimensões.

No estudo realizado por Silva, Coelho e Diniz (2012) verificou-se valores médios mais baixos nas seguintes dimensões do KDQOL-SF: “Função Física” ($43,0 \pm 38,5$); “Situação de Trabalho” ($47,2 \pm 39,5$) e “Função Emocional” ($50,9 \pm 41,0$). Os valores médios dos maiores escores foram: “Função Sexual” ($89,1 \pm 17,8$); “Estímulo por parte da equipe de diálise” ($83,7 \pm 39,5$) e “Bem estar emocional” ($80,3 \pm 17,8$).

A pesquisa com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde de paciente em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, observou alto escore médio na dimensão “Estímulo por parte da equipe de diálise” (91,88), demonstrando a satisfação dos pacientes com o incentivo e a contribuição da equipe profissional. Em contrapartida, o menor escore foi a dimensão “Situação de Trabalho” (56,25) (SANTOS et al., 2014).

É importante ressaltar que, para analisar o paciente em hemodiálise, não basta somente considerar taxas de comorbidades e mortalidade e sim avaliar sua qualidade de vida, aumentando com isso as chances de reabilitação (SANTOS et al.,2014). Muitos fatores exercem representativa interferência na medida da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, tais como idade, comorbidades, sexo, fatores sociais, técnicas de diálise, depressão, ansiedade, entre outros. (LEE et al., 2013; RAMIREZ et al., 2012; GARCIA et al., 2010).

5.3 Validação

A fidedignidade e reprodutibilidade da Escala de Perdas referente à Doença Renal foi verificada por meio da análise da consistência interna e do teste-reteste, obtendo-se resultados satisfatórios já que o alfa de cronbach da EPDR de 0,863 e o ICC de 0,986, indicando consistência interna e reprodutibilidade elevada.

O estudo que construiu e validou a escala KDLS realizou a análise das propriedades psicométricas baseadas em três grupos, sendo diálise de longo prazo (≥ 22 meses), diálise precoce (≤ 14 meses) e pré-diálise (TFG estimada ≤ 20) (CHAN et al., 2010). Verificaram a consistência interna, por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, os resultados obtidos em cada grupo foram de 0,88 na pré-diálise; 0,91 na diálise precoce e 0,88 na diálise a longo prazo. A estabilidade temporal foi mensurada através do teste-reteste, que apresentou confiabilidade de 0,82 (CHAN et al., 2010).

A validade de construto da EPDR foi avaliada por meio da validade convergente, utilizando a HADS e o KDQOL-SF. Verificou-se a existência de correlação positiva, de moderada magnitude entre a a EPDR versão final e as subescalas Ansiedade ($r = -0,534$) e Depressão ($r = -0,344$). Todos os domínios do KDQOL- SF se correlacionaram negativamente com perdas, com significância estatística na maioria dos domínios, exceto as dimensões “Função sexual”, “Suporte social”, “Incentivo da equipe de diálise” e “Satisfação do paciente”. Com relação à magnitude destas correlações, verificou-se que foram de fraca a forte magnitude.’

A validade discriminante avaliada por meio da técnica de grupos conhecidos comparou as médias obtidas entre a KDLS e os escores da HADS,

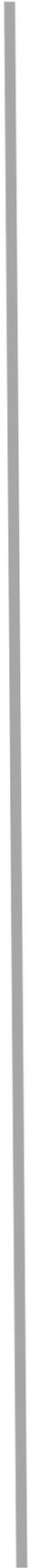
verificou-se que os pacientes renais crônicos com sintomas ansiosos e depressivos (HADS ≥ 8), possuem maiores níveis de perdas comparado ao grupo sem sintomas (HADS > 8). Quanto à significância estatística, observa-se que apenas a depressão não apresentou $p \leq 0,05$. Com relação à qualidade de vida, observa-se que os pacientes renais crônicos com melhor pontuação para a qualidade de vida, apresentaram menores níveis de perda, sendo que a EPDR foi capaz de diferenciar os grupos. Com relação a significância estatística, a maioria das dimensões foram significantes exceto “função sexual”, “sono”, “suporte social”, “incentivo da equipe de diálise”, “satisfação do paciente” e “bem-estar emocional”.

No estudo da versão original, as validades convergente e discriminante foram analisadas, a KDLS foi comparada com a *Depression Anxiety Stress Scale 21* (DASS-21), com a *Depression Scale* (DS) e com o SF-12. A KDLS foi significativamente correlacionada com a DS no sentido positivo esperado e com a DASS-21 no sentido negativo esperado em todos os grupos. Foi significativamente correlacionada com a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica (CHAN et al., 2010).

Mediante a análise da estrutura fatorial da EPDR, 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. Chan et al. (2010) para a avaliação da validade de constructo utilizou de uma análise fatorial confirmatória, no modelo os autores fizeram a opção do método de estimação de máxima verossimilhança com correção *Satorra-Bentler*, sendo que os resultados indicaram que o fator permaneceu invariante entre os grupos, sugerindo que o único fator da escala possuía estrutura e carga.

Em relação ao estudo de construção e validação da KDLS observa-se que a consistência interna dos KDLS foi excelente em todos os três grupos (pré-diálise, diálise precoce e diálise a longo prazo), e sua estabilidade temporal foi boa, o que sugere que é uma medida confiável de perdas para os pacientes com doença renal. A estrutura fatorial dos KDLS permaneceu consistente em todos os grupos, fornecendo forte evidência de sua validade de construto e de que a perda é relevante tanto para pacientes pré-diálise e diálise. No que diz respeito à validade convergente e discriminante, a KDLS está relacionada à saúde mental, o

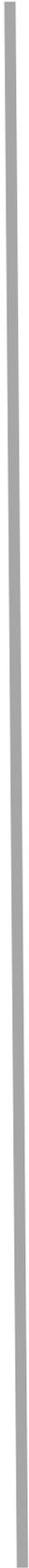
funcionamento físico, a depressão, a ansiedade e qualidade de vida na direção e força esperados (CHAN et al., 2010). Cabe reiterar por fim, que os achados do presente estudo vão ao encontro dos resultados obtidos por Chan et al. (2010).



6 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos, conclui-se que a Escala de Perdas referentes à Doença Renal 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.

A disponibilidade de utilização de uma escala de avaliação de perdas para a população brasileira com DRC, instrumentalizará profissionais e pesquisadores na qualificação e quantificação das perdas sofridas pelos pacientes que vivenciam a DRC e realizavam o tratamento dialítico. Possibilitando a consideração deste importante constructo no momento da assistência e em futuras pesquisas, auxiliando assim a busca na melhoria da qualidade de vida.



7 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento. 3° ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2006.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. 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.**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BASTOS, R.M.R. et al. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Rev Assoc Med Bras**, v.55, n.1, p.40-4, 2009.

BEATON, D.E. et al. Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine.**; v.25, n.24, p.3186-91, 2000.

BERTOLIN, D.C. et al. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1070 - 1076, 2011.

BOTEGA, et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n.5, 355 - 363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 28 p., 2013.

BRASIL. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

CAMPOS, C.J.G.; TURATO, ER. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Rev. bras. enferm.** v.63, n.5, p.799-805, 2010.

CHAN, R. 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**, v, 5, n. 7, p. 1249 - 1254, 2010.

CHAN, R. et al. 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**, v. 4, n. 1, p. 160 - 167, 2009.

CONDÉ, S.A. et al. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. **J Bras Nefrol**. v.32, n.3, p.242-8, 2010.

DUARTE, P.S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL - SFT). **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 49, n. 4, p.375 - 381, 2003.

FAYER, A. A. M. **Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem segmento nefrológicos prévio.** (Dissertação de Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2010.

FERNANDES, S.D.; RAVANHANI, V.P.; BERTONCIN, A.L.F. Uso de medicamentos por pacientes renais crônicos. **Rev. Bras. Farm.**, v.90, n.4, p.327-333, 2009.

FERREIRA, R.C.; FILHO, C.R.S. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J. Bras. Nefrol**, v. 33, n.2, p. 129 - 113, 2011.

FINGER, G. et al. Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 4, p. 333-38, 2011.

GARCIA et al. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 32 n.4, 2010.

GATCHEL, R.J. et al. Secondary loss and pain-associated disability: Theoretical overview and treatment implications. **J. Occup. Rehabil**, v. 12, p. 99 - 110, 2002.

GOLDSHEYDER, D. et al. Musculoskeletal symptoms survey among mason tenders. **Am J Ind Med.**, v.42, p.384-96, 2002.

GRASSELLI, C.S. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Clin Med.**, v.10, n.6, p.503-7, 2012.

GRIVA, K. et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. **Qual Life Res.**, v.23, p.57–66, 2014.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

KIMMEL, P.L.; CUKOR, D.; COHEN, S.D.; PETERSON, R.A. Depression in end-stage renal disease patients: A critical review. **Adv. Chronic Kidney Dis**, v. 14, p. 328 - 334, 2007.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 10° ed., São Paulo: Martins Fontes, p.1-68, 2001.

LEE, Y.J. et al. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. **Int J Clin Pract.**, v.67, n.4, p.363–368, 2013.

LIMA, A.F.; GUALDA, D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 3, p. 235-241, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4° ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

LOPES, J.M. et al. Qualidade de vida relacionada à Saúde de patients Renais crônicos em Diálise. **Acta paul.enferm.** [online]. v.27, n.3, p.230-236, 2014.

LOSSMAN, W.L. et al. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory for use in end-stage renal disease patients. **British Journal of Clinical Psychology**, v.49, p.507–516, 2010.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Rev.**, v. 35, n.6, p.382-385, 1986.

MACUGLIA, G.R. et al. Qualidade de vida e depressão de pacientes em hemodiálise. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, v.6, n.2, p.167-186, 2010.

MARQUITO, A.B. Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica. **J Bras Nefrol.**, v.36, n.1, p.26-34, 2014.

MARTÍNEZ, B. B. et al. Desigualdade social em pacientes renais crônicos. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 9, n. 3, p. 195-199, 2011.

MIURA, C.T.P. et al. Adaptação cultural e análise da confiabilidade do instrumento Modified Dyspnea Index para a cultura brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.5, 2010.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Sobre Insuficiência Renal Crônica. Guia para pacientes e familiares.** Disponível em: <http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11501201_KAI_PatBro_AboutCKD_Pharmantet_Portuguese_Nov08.pdf>. Acesso: 02 fevereiro de 2014.

OTTAVIANI, A.C. et al. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.22, n.2, p.248-254, 2014.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos teste na Psicologia e na Educação.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2009.

PEREIRA, L.P.; GUEDES, M.V.C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enferm.** v.14, n.4, p.689-95, 2009.

PIETROVSKI, V., DALL'AGNOL, C.M. Situações significativas no espaço- contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? **Rev Bras Enferm.** v. 59, n.5, p.630-5, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5° ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PRELJEVIC, V.T. et al. Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: association to health-related quality of life and mortality. **General Hospital Psychiatry**, v.35, p.619–624, 2013.

RAMIREZ, S.P. et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v.72, p.129–135, 2012.

RAMOS, I.C.R et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Sci. Health Sci.** v. 30, n.1, p.73-79, 2008.

RIBEIRO, R.C.H.M. et al. Demographic characterization of older adults with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment. **Rev enferm UFPE online**, v.9, n.3, p.7503-9, 2015.

ROMÃO JUNIOR, J. E. A doença renal crônica: do diagnóstico ao tratamento. **Prática hospitalar**, v. 9, n.52, 2007.

SANTOS, G.D. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. **Diagn Tratamento**, v.19, n.1, p.3-9, 2014.

SESSO, R.C.C. et al. Censo Brasileiro de Diálise. **J Bras Nefrol.**, v.36, n.1, p.48-53, 2012.

SILVA, A.A.; COELHO, D.M.; DINIZ, G.C.L.M. Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em um hospital público de Betim, Minas Gerais. **Sinapse Múltipla**, v.1, n.2,p.103-13, 2012.

SILVA, E.A. et al. Atitude religiosa: uma espera de cura para os doentes renais crônicos no serviço de diálise. **Rev enferm UFPE online.**, v.8, n.8, p.2576-83, 2014.

STASIAK, C.E.S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J Bras Nefrol**, v.36 n.3, p.325-331, 2014.

STEVENS, J. Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. New Jersey: **Lawrence Erlbaum Associates**, 2º ed., 1992.

TABACHINK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics Boston**: Allyn and Bacon, 4º ed, p. 996, 2001.

TERRA, S.F. Expectativa de vida de clientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 533-537, 2007.

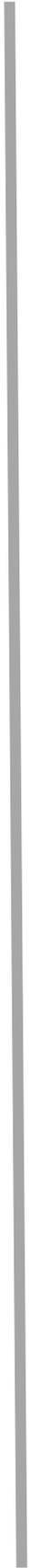
VALCANTI, C.C. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.4, p.838-45, 2012.

VARELA, L. et al. Predictores psicológicos de La calidade de vida relacionada con La salud em pacientes em tratamiento de diálisis peritoneal. **Rev Nefrol.**, v.31, n.1, p.97-106, 2011.

VIK, S.A. et al. Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalisation and mortality among older adults. **Drugs Aging**, v.23, n.4, p.345-56, 2006.

WRIGHT, S.; KIRBY, A. Deconstructing conceptualizations of 'adjustment' to chronic illness: A proposed integrative framework. **J. Health Psychol.** v. 4, p. 259 - 272, 1999.

ZIGMOND, A. S. & SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiat. Scand.**, v.67, p.361-70, 1983.



APÊNDICE A

AUTORIZAÇÃO CHAN

De: "Ramony Chan" <Ramony.Chan@sswahs.nsw.gov.au>
Assunto: RE: Kidney Disease Loss Scale
Data: Seg, Julho 8, 2013 3:24 am
Para: <forlandi@ufscar.br>

Dear Prof. Orlandi

I am delighted to provide you with my permission for translation, adaptation and validation of the KDLS. Please keep us informed of your progress.

Best regards

Ramony Chan, PhD

Senior Clinical Psychologist | Consultation Liaison Psychiatry /
Department of Pain
Medicine / Renal Unit
Conjoint Lecturer | UNSW
Locked Bag 7103, Liverpool BC, NSW, 1871
Tel 02 8738 8771 | Fax 02 8738 7205 | ramony.chan@sswahs.nsw.gov.au

-----Original Message-----

From: ... [mailto:forlandi@ufscar.br]
Sent: Sunday, 7 July 2013 9:38 AM
To: Ramony Chan
Subject: Kidney Disease Loss Scale
Importance: High

Dear Ramony Chan

I would like to know the Kidney Disease Loss Scale and ask permission to make the process of translation, adaptation and validation of the questionnaire.

Thank you

Fabiana de Souza Orlandi
Professor - Federal University of São Carlos, São Paulo, Brazil

This email has been scanned for the Sydney & South Western Sydney Local Health Districts by the MessageLabs Email Security System. Sydney & South Western Sydney Local Health Districts regularly monitor email and attachments to ensure compliance with the NSW Ministry of Health's Electronic Messaging Policy.

This email has been scanned for the Sydney & South Western Sydney Local Health Districts by the MessageLabs Email Security System. Sydney & South Western Sydney Local Health Districts regularly monitor email and attachments to ensure compliance with the NSW Ministry of Health's Electronic Messaging Policy.

APÊNDICE B

Escala de Perda referentes à Doença Renal - T1

Quando você considera a 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. Por favor, considere as PERDAS: coisas que você costumava fazer antes da doença renal/diálise e que agora você não pode fazer mais ou coisas que você faria se não tivesse 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 seguintes afirmativas e circule um número 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto a afirmação se aplica a você

A escala de classificação é a que segue:

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 é difícil pra mim fazer as coisas que eu normalmente faço no dia-a-dia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. A lembrança dessas perdas me aborrece | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Eu me inquieto/ocupo com os pensamentos dessas perdas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Eu sinto um desejo de recuperar o que eu perdi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Eu não consigo acreditar no que aconteceu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Eu fico chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu | 0 | 1 | 2 | 3 |

A primeira parte da Escala de perda referente à doença renal que pede aos respondentes para listarem as suas cinco perdas mais importantes deve ser retida quando a escala é usada porque a mesma define o contexto em que os seis itens são classificados.

APÊNDICE C

Escala de Perdas devida a Doença Renal Crônica - T2

Quando pensa em sua vida atual com a doença renal e os tratamentos de diálise, é claramente diferente de como era ou teria sido sua vida. Também pode achar que perdeu muitas coisas. Pedimos que considere PERDAS: coisas que você fazia antes da doença renal/diálise e que não consegue fazer mais agora 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, pedimos que leia cada uma das seguintes declarações cuidadosamente e que circule o número 0, 1, 2 ou 3 que indica em que grau essa declaração 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 certo grau, ou às vezes

2 = Se aplica a mim consideravelmente, ou uma grande parte do tempo

3 = Se aplica a mim em alto grau, ou a maior parte do tempo

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Penso tanto nessas perdas que é difícil para mim fazer as coisas diárias que costumo fazer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Memórias das perdas me perturbam | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estou preocupado(a) com pensamentos sobre as perdas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sinto que desejo recuperar o que perdi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sinto descrença no que aconteceu | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me sinto atordoado(a) ou chocado(a) por causa do que aconteceu | 0 | 1 | 2 | 3 |

A primeira parte da KDLS, que solicita que os respondentes indiquem as cinco perdas mais importantes, deve ser mantida no uso da KDLS, porque estabelece o contexto para a avaliação dos seis itens

APÊNDICE D

Escala de Perdas referente à Doença Renal- Versão Consensual

Quando você considera a 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 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 seguintes afirmativas 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 é 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 um desejo 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 chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu	0	1	2	3

A primeira parte da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, que solicita aos respondentes para listarem as suas cinco perdas mais importantes, deve ser mantida no uso da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, porque estabelece o contexto para a avaliação dos seis itens.

APÉNDICE E – R1

When you consider life as it is now with kidney disease and dialysis treatments, it is very clear that life now is different from what your life used to be or could have been. You might realize that you have lost many things. We ask you to consider **LOSSES**: things that you used to do before kidney disease/dialysis and now you cannot do anymore or things that you would have been doing if you did not have kidney disease/dialysis. Please list below the five most important things you have lost because of kidney disease/dialysis.

1:

2:

3:

4:

5:

With regard to the five losses described above, please read each of the following statements carefully and circle the number 0, 1, 2 or 3 that indicates how much the statement applies to you

The rating scale is as follows:

0 = Does not apply to me at all

1 = Applies to me to some degree, or some of the time

2= Applies to me to a considerable degree, or a good part of the time

3 = Applies to me very much, or most of the time

- | | |
|---|---------|
| 1. I think about these losses so much that it is hard to do the daily things I normally do. | 0 1 2 3 |
| 2. Memories of those losses upset me. | 0 1 2 3 |
| 3. I am worried about the thoughts of those losses. | 0 1 2 3 |
| 4. I feel a desire to regain what I have lost. | 0 1 2 3 |
| 5. I can't believe what has happened. | 0 1 2 3 |
| 6. I feel shocked or stunned over what happened. | 0 1 2 3 |

The first part of the Scale of Losses Relating to Kidney Disease, which asks respondents to list their five most important losses, should be maintained in the use of the Scale of Losses Relating to Kidney Disease, because it establishes the context for evaluating the six items.

APÉNDICE F - R2

When you consider life as it is now, with the kidney disease and dialysis treatments, it is quite clear that your life nowadays is different from how it used to be, or how it could be. You may notice that you have lost many things. We ask you to consider **LOSSES**: things that you did prior to the kidney disease/dialysis, and which you can no longer do, or things which you would be doing if it were not for kidney disease/dialysis. Please list below the five most important things which you have lost because of kidney disease/dialysis.

1:

2:

3:

4:

5:

In relation to the five losses described above, please read carefully each of the following statements and circle the number 0, 1, 2, or 3 to indicate how much each applies to you

The evaluation scale is as follows:

0 = Does not apply to me in any way

1= Applies to me to some extent or some of the time

2= Applies to me to a considerable extent or for a lot of the time

3 = Applies to me a lot, or for most of the time

- | | |
|--|---------|
| 1. I think so much about these losses that it is difficult to do the daily things which I usually do | 0 1 2 3 |
| 2. The memory of these losses bothers me | 0 1 2 3 |
| 3. I am worried by the thoughts about these losses | 0 1 2 3 |
| 4. I wish I could recover what I lost | 0 1 2 3 |
| 5. I can't believe what happened | 0 1 2 3 |
| 6. I feel shocked or disoriented by what happened | 0 1 2 3 |

The first part of the Kidney Disease Loss Scale, which requires those filling it out to list their five most-important losses, must be kept in using the Kidney Disease Loss Scale, as it establishes the context for evaluating the six items.

APÊNDICE G

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA CONVITE PARA O COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Prezado senhor(a) _____

Estamos convidando-o (a) a participar como membro do comitê de Especialistas da pesquisa de mestrado intitulada Tradução, adaptação cultural e validação da escala “Kidney Disease Loss Scale”, no intuito de produzir sua versão final, modificada e adaptada, assegurando uma versão adequada para a nossa língua e cultura, preservando a validade do instrumento.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Sua tarefa consistirá em:

1. Avaliar a adequação da tradução consensual da escala Kidney Disease Loss Scale.
2. Verificar se existe relação entre os termos resultantes da back-translation e do instrumento original.

Tarefa 1: Avaliação da tradução consensual para a língua portuguesa da escala Kidney Disease Loss Scale. Anexo 1

Para a realização desta tarefa segue uma tabela (ANEXO 1) contendo a escala Kidney Disease Loss Scale original em inglês e a versão consensual realizada a partir das traduções para o português brasileiro por 2 (dois) tradutores independentes (profissionais qualificados que dominam o idioma original da escala e com experiências em traduções) e obtida após a análise das duas traduções pelas pesquisadoras do estudo.

Como membro do comitê de especialistas, uma de suas funções é avaliar a versão consensual e concordar com esta versão ou não, sugerindo modificações ou eliminando itens considerados ambíguos, irrelevantes ou inadequados. Se considerar adequado, pode sugerir outros termos com maior adequação cultural, mantendo sempre o mesmo conceito do item que será substituído e, assim, proporcionar uma versão mais funcional e compreensível para a população alvo. Cada especialista deve levar em consideração a

equivalência transcultural entre a versão original e a versão final e para isso segundo Guillemín, Bombardier e Beaton (1993) e Miura et al. (2010) os especialistas devem considerar:

- **Equivalência semântica:** é a equivalência no significado das palavras de cada item após a tradução para a língua da cultura alvo, que podem apresentar problemas quanto vocabulário e à gramática. Algumas alterações gramaticais são necessárias para a construção de frases.

- **Equivalência idiomática:** refere-se às expressões idiomáticas e coloquiais normalmente difíceis de serem traduzidas e que devem ser coerentes com a cultura para a qual o instrumento está sendo traduzido.

- **Equivalência cultural:** as situações evocadas ou representadas na versão original devem ser coerentes com o contexto cultural e com experiência vivenciadas pela população à qual se destina a tradução do instrumento.

- **Equivalência conceitual:** refere-se à validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas na cultura alvo, manutenção do conceito proposto no instrumento original, uma vez que os itens podem ser equivalentes em significado semântico mas não equivalentes conceitualmente.

Desta forma, sua análise da versão consensual das traduções será julgada por meio de uma escala de Likert de 1 (um) a 4 (quatro) pontos para cada item da escala, sendo que: 1= não equivalente, 2= pouco equivalente, 3= equivalente e 4= muito equivalente. Se julgar necessário, escreva no espaço suas sugestões para melhorar a tradução.

Exemplo (parte do anexo)

Itens do Instrumento Original em inglês – Kidney Disease Loss Scale	Versão resultante da análise das traduções em português	Análise do comitê de juízes (1 a 4) sendo: 1=não equivalente; 2= pouco equivalente; 3= equivalente; 4= muito equivalente.
	T1 + T2 + Pesquisadoras	
Kidney Disease Loss Scale	Escala de Perdas referente à Doença Renal	

Tarefa 2: Avaliação dos termos resultantes da back- translation do instrumento Kidney Disease Loss Scale. ANEXO 2

A versão consensual da tradução para o idioma português da escala Kidney Disease Loss Scale foi vertida para o idioma original, o inglês, por outros 2 (dois) tradutores independentes e qualificados que não participaram da primeira etapa. Esta etapa permitirá a comparação com o original e a eventual detecção de erros e discrepâncias na tradução, melhorando a qualidade da versão final. O membro do comitê de especialista deve comparar as 2 versões da back-translation com o instrumento escala Kidney Disease Loss Scale original e escolher a melhor versão, contribuindo para a obtenção da versão em português que mais se assemelha ao instrumento original.

Para a realização desta tarefa segue uma (ANEXO 2), contendo a escala Kidney Disease Loss Scale original, as 2 (duas) versões da back-translation e um espaço em branco para serem colocados os resultados das análises com sua opinião. Para análise de cada item deve-se levar em consideração a equivalência entre os significados das palavras em cada versão e a equivalência de conceito entre os itens das traduções e os itens originais da escala.

VERSÕES DA BACK TRANSLATION			
Itens do Instrumento Original em inglês – Kidney Disease Loss Scale	BT1	BT2	Resultado da análise
Memories of the losses upset me	Memories of those losses upset me.	The memory of these losses bothers me	Escolho BT1, que está igual à escala original.

Sua participação foi de grande importância para o desenvolvimento deste estudo, Obrigado!

Mestranda: Ana Carolina Ottaviani

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi

APÊNDICE H

Avaliação da tradução consensual para a língua portuguesa da Kidney Disease Loss Scale (KDLS)

Itens do instrumento original em inglês- Kidney Disease Loss Scale		Versão resultante da análise das traduções em português	Análise do comitê de juízes (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente
		T1 + T2 + Pesquisadoras	
Kidney Disease Loss Scale (KDLS)		Escala de Perdas referente à Doença Renal (EPDR)	
	When you considerer life as it is now with kidney disease and dialysis treatments, it is clearly different from what your life used to be or would have been. You might find yourself having lost many things. Please consider LOSSES: things that you used to do before kidney disease/ dialysis and now you cannot do anymore or things that you would have been doing if you did not have kidney disease/ dialysis. Please list below the five most important things you have lost because of the kidney disease/ dialysis.	Quando você considera a 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 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.	
	In regard to the five loss described above, please read each of the following statements carefully and circle a number 0, 1, 2 or 3 that indicates how much the statements applied to you	Com relação às cinco perdas descritas acima, por favor, leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmativas e circule o número 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto a afirmação se aplica a você	
	The rating scale is as follows	A escala de avaliação é a seguinte:	
0	Did not apply to me at all	Não se aplica a mim de forma alguma	
1	Applied to me to some degree, or some of the time	Se aplica a mim em algum grau ou uma parte do tempo	
2	Applied to me to a considerable degree, or a good part of time	Se aplica a mim em um grau considerável ou uma boa parte do tempo	

Itens do instrumento original em inglês- Kidney Disease Loss Scale		Versão resultante da análise das traduções em português	Análise do comitê de juízes (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente
		T1 + T2 + Pesquisadoras	
3	Applied to me a very much, or most of the time	Se aplica muito a mim ou a maior parte do tempo	
1	1. I think about these losses so much that it is hard for me to do the everyday things I normally do	Eu penso tanto sobre essas perdas que é difícil fazer as coisas diárias que costumo fazer	
2	2. Memories of the losses upset me	A lembrança dessas perdas me aborrece	
3	3. I am preoccupied with thoughts of the losses	Eu estou preocupado(a) com os pensamentos dessas perdas	
4	4. I feel my selflonging for regaining what I have lost	Eu sinto um desejo de recuperar o que eu perdi	
5	5. I feel disbelief over what happened	Eu não consigo acreditar no que aconteceu	
6	6. I feel stunned or dazed over what happened	Eu me sinto chocado(a) ou atordoado(a) com o que aconteceu	
	The first part of the Kidney Disease Loss Scale that requires respondents to nominate the five most important losses must be retained when the Kidney Disease Loss Scale is used, because it sets the context for rating the six items.	A primeira parte da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, que solicita aos respondentes para listarem as suas cinco perdas mais importantes, deve ser mantida no uso da Escala de Perdas referentes à Doença Renal, porque estabelece o contexto para a avaliação dos seis itens	

APÊNDICE I

Avaliação das Backtranslation da Kidney Disease Loss Scale (KDLS)

Itens do Instrumento Original – Kidney Disease Loss Scale		BT1	BT2	Resultado da análise
Kidney Disease Loss Scale		Kidney Disease Loss Scale	Kidney Disease Loss Scale	
	When you considerer life as it is now with kidney disease and dialysis treatments, it is clearly different from what your life used to be or would have been. You might find yourself having lost many things. Please consider LOSSES: things that you used to do before kidney disease/ dialysis and now you cannot do anymore or things that you would have been doing if you did not have kidney disease/ dialysis. Please list below the five most important things you have lost because of the kidney disease/ dialysis.	When you consider life as it is now with kidney disease and dialysis treatments, it is very clear that life now is different from what your life used to be or could have been. You might realize that you have lost many things. We ask you to consider LOSSES: things that you used to do before kidney disease/dialysis and now you cannot do anymore or things that you would have been doing if you did not have kidney disease/dialysis. Please list below the five most important things you have lost because of kidney disease/dialysis	When you consider life as it is now, with the kidney disease and dialysis treatments, it is quite clear that your life nowadays is different from how it used to be, or how it could be. You may notice that you have lost many things. We ask you to consider LOSSES: things that you did prior to the kidney disease/dialysis, and which you can no longer do, or things which you would be doing if it were not for kidney disease/dialysis. Please list below the five most important things which you have lost because of kidney disease/dialysis	
	In regard to the five loss described above, please read each of the following statements carefully and circle a number 0, 1, 2 or 3 that indicates how much the statements applied to you	With regard to the five losses described above, please read each of the following statements carefully and circle the number 0, 1, 2 or 3 that indicates how much the statement applies to you	In relation to the five losses described above, please read carefully each of the following statements and circle the number 0, 1, 2, or 3 to indicate how much each applies to you	
	The rating scale is as follows:	The rating scale is as follows:	The evaluation scale is as follows:	
0	Did not apply to me at all	Does not apply to me at all	Does not apply to me in any way	
1	Applied to me to some degree, or some of the time	Applies to me to some degree, or some of the time	Applies to me to some extent or some of the time	
2	Applied to me to a considerable degree, or a good part of time	Applies to me to a considerable degree, or a good part of the time	Applies to me to a considerable extent or for a lot of the time	

	Itens do Instrumento Original – Kidney Disease Loss Scale	BT1	BT2	Resultado da análise
3	Applied to me a very much, or most of the time	Applies to me very much, or most of the time	Applies to me a lot, or for most of the time	
1	I think about these losses so much that it is hard for me to do the everyday things I normally do	I think about these losses so much that it is hard to do the daily things I normally do	I think so much about these losses that it is difficult to do the daily things which I usually do	
2	Memories of the losses upset me	Memories of those losses upset me.	The memory of these losses bothers me	
3	I am preoccupied with thoughts of the losses	I am worried about the thoughts of those losses.	I am worried by the thoughts about these losses	
4	I feel my selflonging for regaining what I have lost	I feel a desire to regain what I have lost.	I wish I could recover what I lost	
5	I feel disbelief over what happened	I can't believe what has happened.	I can't believe what happened	
6	I feel stunned or dazed over what happened	I feel shocked or stunned over what happened.	I feel shocked or disoriented by what happened	
	The first part of the Kidney Disease Loss Scale that requires respondents to nominate the five most important losses must be retained when the Kidney Disease Loss Scale is used, because it sets the context for rating the six items.	The first part of the Scale of Losses Relating to Kidney Disease, which asks respondents to list their five most important losses, should be maintained in the use of the Scale of Losses Relating to Kidney Disease, because it establishes the context for evaluating the six items	The first part of the Kidney Disease Loss Scale, which requires those filling it out to list their five most-important losses, must be kept in using the Kidney Disease Loss Scale, as it establishes the context for evaluating the six items	

APÊNDICE J

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: Tradução, adaptação cultural e validação do Kidney Disease Loss Scale para o contexto brasileiro

Pesquisador (a) responsável: Fabiana de Souza Orlandi

Instituição/ Departamento: Universidade Federal De São Carlos/ Departamento de Gerontologia

Endereço do (a) Pesquisador (a):

Telefone do (a) pesquisador (a) responsável para contato: 3306-6673

Local do (a) coleta de dados: Serviço de Nefrologia de São Carlos

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma **voluntária**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes questionários, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.

Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do Estudo: Traduzir, adaptar e validar a escala “Kidney Disease Loss Scale” (KDLS) para o contexto brasileiro.

Procedimento: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento de quatro, respondendo às perguntas formuladas. Um deles se refere a informações pessoais e dados sobre a doença e o tratamento. Um deles se refere a informações pessoais e dados sobre a doença e tratamento. O outro questionário aborda as perdas para pacientes renais crônico, seguidos de um questionário que avalia os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia e sob tratamento ambulatorio e de qualidade de vida específico para pacientes renais crônicos.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem específico direto para você.

Riscos: O preenchimento destes quatro questionários não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação de sua perda renal. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança sobre sua perda poderia causar. E sempre que necessário será realizado encaminhamento

ao psicólogo do Serviço de Nefrologia de São Carlos, para oferecimento de apoio psicológico.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador (a), eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

São Carlos, ____/____/____

Assinatura do sujeito de pesquisa ou
responsável pelo
Representante Legal

Assinatura do
projeto

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária a Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação do estudo.

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com a 1 via em meu poder.

Assinatura do sujeito de pesquisa ou
Representante Legal

APÊNDICE K**INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DE PARTICIPANTES****Dados Pessoais****Nome:** _____**Gênero:** (1) Masculino (2) Feminino**Data de Nascimento:** ____/____/____ **Idade:** _____**Dados Sociodemográficos e socioeconômicos****Etnia:** (1) Branca (2) Negro (3) Parda (4) Amarela (5) Outras _____**Procedência:** (1) São Carlos (2) Ibaté (3) Descalvado (4) Dourado
(5) Porto Ferreira (6) Ribeirão Bonito**Situação conjugal:** (1) com parceiro fixo (2) sem parceiro fixo**Anos de Escolaridade:** _____**Ocupação:** _____**Renda Familiar Mensal (\$):** _____**Número de pessoas moram no domicílio:** _____**Religião:** (1) Católico (2) Evangélico (3) Congregação Cristã (4) Adventista
(5) Espírita (6) Protestante (7) Budista (8) Umbanda (9) Não possui**Praticante:** (1) Sim (2) Não**Clínico****Convênio:** (1) SUS (2) Plano de Saúde (3) Particular**Tempo de Hemodiálise:** _____**Tipo de acesso venoso:** (1) FAV (2) CDL

Doenças de Base: _____

Doenças associadas: (1) diabetes mellitus I (2) diabetes mellitus II (3) hipertensão arterial (4) glomerulopatias (5) genéticas/ hereditárias: _____

(6) autoimunes: _____ Insuficiência cardíaca (8) hepatite B ou C

(9) outras: _____

Você utiliza medicamentos diários? (1) Sim (2) Não

Número de medicamentos: _____

Você já realizou transplante? (1) Sim (2) Não

Tem interesse em realizar transplante? (1) Sim (2) Não

Estado de Saúde

Como você descreve sua saúde?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Muito ruim



ANEXO A

The final version of the Kidney Disease Loss Scale (KDLS)^a

When you consider life as it is now with kidney disease and dialysis treatments, it is clearly different from what your life used to be or would have been. You might find yourself having lost many things. Please consider LOSSES: things that you used to do before kidney disease/dialysis and now you cannot do anymore or things that you would have been doing if you did not have kidney disease/dialysis. Please list below the five most important things you have lost because of the kidney disease/dialysis.

1:

2:

3:

4:

5:

In regard to the five losses described above, please read each of the following statements carefully and circle a number 0, 1, 2 or 3 that indicates how much the statement applied to you

The rating scale is as follows:

0 = Did not apply to me at all

1 = Applied to me to some degree, or some of the time

2 = Applied to me to a considerable degree, or a good part of time

3 = Applied to me very much, or most of the time

- | | |
|--|---------|
| 1. I think about these losses so much that it is hard for me to do the everyday things I normally do | 0 1 2 3 |
| 2. Memories of the losses upset me | 0 1 2 3 |
| 3. I am preoccupied with thoughts of the losses | 0 1 2 3 |
| 4. I feel myself longing for regaining what I have lost | 0 1 2 3 |
| 5. I feel disbelief over what happened | 0 1 2 3 |
| 6. I feel stunned or dazed over what happened | 0 1 2 3 |
-

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação cultural e validação da Kidney Disease Loss Scale para o contexto brasileiro

Pesquisador: FABIANA DE SOUZA ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25424113.2.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 509.241

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação de uma escala para avaliação de perdas em pacientes renais crônicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traduzir, adaptar e validar a escala "Kidney Disease Loss Scale" (KDLS) para o contexto brasileiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação de perdas em função da doença renal. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança sobre as perdas poderia causar ao participante. E sempre que necessário será realizado encaminhamento ao psicólogo do Serviço de Nefrologia de São Carlos, para oferecimento de apoio psicológico

Benefícios:

O benefício relacionado à participação dos sujeitos na pesquisa será de aumentar o conhecimento científico sobre as perdas decorrentes da doença renal crônica e do tratamento hemodialítico.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 509.241

Além disso, possibilitará a validação de instrumento sobre perdas referentes à doença renal e que poderá ser usada por pesquisadores no contexto brasileiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 10 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

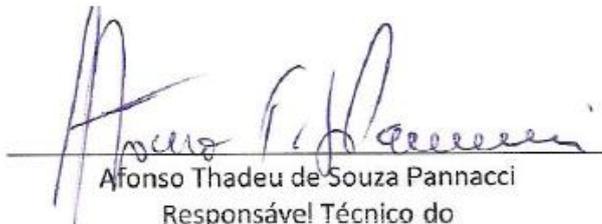
CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO C**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE A COLETA SERÁ
REALIZADA**

Autorizo que os pesquisadores responsáveis (Fabiana de Souza Orlandi, Ana Carolina Ottaviani) pelo projeto de pesquisa a ser submetido ao CEP/UFSCar intitulado “Tradução, adaptação cultural e validação da Kidney Disease Loss Scale para o contexto brasileiro”, utilizem o espaço da Instituição (Serviço de Nefrologia de São Carlos) com o objetivo de coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UNICEP.

Data: 22/11/2013



Afonso Thadeu de Souza Pannacci
Responsável Técnico do
Serviço de Nefrologia de São Carlos

ANEXO D

Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão**A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 1 () Não tanto quanto antes
 2 () Só um pouco
 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
 2 () Sim, mas não tão forte
 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Atualmente um pouco menos
 2 () Atualmente bem menos
 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
 2 () Poucas vezes
 1 () Muitas vezes
 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
 1 () Muitas vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
 2 () Muitas vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
 1 () De vez em quando
 2 () Muitas vezes
 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Um pouco menos do que antes
 2 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
 2 () Várias vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
 1 () Várias vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca

ANEXO E

SuaSaúde

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente <input type="checkbox"/>	Muito Boa <input type="checkbox"/>	Boa <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Ruim <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás <input type="checkbox"/>	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás <input type="checkbox"/>	Aproxima- damente igual há um ano atrás <input type="checkbox"/>	Um pouco pior agora do que há um ano atrás <input type="checkbox"/>	Muito pior agora do que há um ano atrás <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto?[Marque um X em cada linha.]

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a) <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
b) <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
c) Levantar ou carregar compras de supermercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
d) Subir <u>vários</u> lances de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e) Subir <u>um</u> lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
g) Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h) Caminhar <u>vários quarteirões</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i) Caminhar <u>um quarteirão</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
j) Tomar banho ou vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b) <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c) Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
d) Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais(tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b) <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c) Trabalhou ou realizou outras atividades com men os <u>atenção do que de costume</u>	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Moderada- mente	Bastante	Extrema- mente
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Moderada- mente	Bastante	Extrema- mente
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido.

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
a) Você se sentiu cheio de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) Você se sentiu calmo e tranqüilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) Você teve muita energia?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f) Você se sentiu desanimado e deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g) Você se sentiu esgotado (muito cansado)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h) Você se sentiu uma pessoa feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i) Você se sentiu cansado? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante as **4 últimas semanas**, por quanto tempo os **problemas de sua saúde física ou emocional** interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é **verdadeira** ou **falsa** para você.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdade	Não sei	Geralmente Falso	Sem dúvida, falso
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas..	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
c Acredito que minha saúde vai piorar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
d Minha saúde está excelente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida Verdadeiro	Geralmente Verdade	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida Falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Eu me sinto um peso para minha família.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas **4 últimas semanas**. Para cada questão, por favor, assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as **4 últimas semanas**...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Umabo a parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a) Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) Você se irritou com as pessoas próximas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e) Você se relacionou bem com as outras pessoas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f) Você se sentiu confuso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14. Durante as **4 últimas semanas**, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Dores musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Dor no peito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Cãibras?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Coceira na pele?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) Pele seca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) Falta de ar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) Fraqueza ou tontura?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) Falta de apetite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) Esgotamento (muito cansaço)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j) Dormência nas mãos ou pés (formigamento)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k) Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l) (Somente paciente em hemodiálise)					
Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)? ..					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m) (Somente paciente em diálise peritoneal)					
Problemas com seu catéter?					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada <input type="checkbox"/>	Incomoda um pouco <input type="checkbox"/>	Incomoda de forma moderada <input type="checkbox"/>	Incomoda muito <input type="checkbox"/>	Incomoda Extremament e <input type="checkbox"/>
a) Diminuição de líquido?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b) Diminuição alimentar?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c) Sua capacidade de trabalhar em casa? ..	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d) Sua capacidade de viajar?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e) Depender dos médicos e outros profissionais da saúde?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f) Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g) Sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h) Sua aparência pessoal?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a) Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b) Dormiu pelo tempo necessário?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c) Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a) A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4
b) O apoio que você recebe de sua família e amigos? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

Sim	Não
□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

21. Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

Sim	Não
□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)	Meio termo entre pior e melhor	A melhor possível
□	□	□
0	1	2
3	4	5
6	7	8
9	10	□
□	□	□
□	□	□
□	□	□
□	□	□
□	□	□
□	□	□

Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
□	□	□	□	□	□	□
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdade	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a) O pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b) O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

Obrigado por você completar estas questões!