

---

# A sua saúde - e - o seu bem-estar

Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3)

O presente estudo pretende saber como olha para a sua saúde. Estas informações dar-nos-ão a conhecer a forma como se sente e qual a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia.



***Obrigado por responder a estas perguntas!***

---

# **ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA DOENTES EM DIÁLISE**

---

---

## **Qual é o objectivo do estudo?**

Este estudo tem contado com a colaboração de médicos e doentes. O objectivo é avaliar a qualidade de vida dos doentes com doença renal.

## **O que terei de fazer?**

Para este estudo, queríamos que respondesse hoje a um inquérito sobre a sua saúde, como se sente e os seus dados pessoais.

## **Confidencialidade das informações?**

Não lhe pedimos o nome. As suas respostas serão misturadas com as de outros participantes nas conclusões do estudo. Qualquer informação que permita a sua identificação será encarada como estritamente confidencial. Além disso, todas as informações recolhidas serão apenas usadas para a finalidade deste estudo e não serão reveladas ou disponibilizadas para qualquer outra finalidade sem a sua autorização prévia.

## **De que modo é que a minha participação me poderá beneficiar?**

As informações que prestar dir-nos-ão o que pensa dos cuidados e dar-nos-ão uma compreensão adicional sobre os efeitos dos cuidados médicos na saúde dos doentes. Estas informações ajudarão a avaliar os cuidados prestados.

## **Tenho que participar?**

Não é obrigado/a a preencher o inquérito e pode recusar-se a responder a qualquer pergunta. A sua decisão de participar não vai afectar os cuidados médicos que irá receber.

# A sua saúde

Este questionário inclui uma ampla variedade de perguntas sobre a sua saúde e a sua vida. Estamos interessados em saber como se sente em relação a cada um destes assuntos.

1. Em geral, diria que a sua saúde é: [Marque um  no quadrado que melhor descreve a sua saúde.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?

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

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? [Marque um  em cada linha.]

	Sim, muito limitado/a ▽	Sim, um pouco limitado/a ▽	Não, nada limitado/a ▽
a Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
b Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou pegar nas compras de mercearia .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
d Subir vários lanços de escada .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e Subir um lanço de escadas .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
g Andar mais de 1 Km .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h Andar várias centenas de metros .	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i Andar uma centena de metros ...	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se sozinho/a .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

- |   |  |                                 |                                 |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|   | ▽  | ▽                               | ▽                               | ▽                               | ▽                          |
| a | Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades? .....  |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| b | Fez <b>menos</b> do que queria? ....   |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| c | Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades? .....   |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| d | Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço? ..... |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

- |   |  |                                 |                                 |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|   | ▽  | ▽                               | ▽                               | ▽                               | ▽                          |
| a | Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades? .....                            |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| b | Fez <b>menos</b> do que queria? ....   |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| c | Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume ..... |                                 |                                 |                                 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 1.....  | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<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 últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo,  
nas últimas quatro semanas

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▽	▽	▽	▽	▽
a Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Se sentiu muito nervoso/a? ...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Se sentiu com muita energia? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Se sentiu deprimido/a? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Se sentiu estafado/a? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Se sentiu feliz? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i Se sentiu cansado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a Parece que adoço mais facilmente do que os outros ....	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1	.....	<input type="checkbox"/> 2	.....	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	.....	<input type="checkbox"/> 5		
b Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	<input type="checkbox"/> 1	.....	<input type="checkbox"/> 2	.....	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	.....	<input type="checkbox"/> 5		
c Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	<input type="checkbox"/> 1	.....	<input type="checkbox"/> 2	.....	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	.....	<input type="checkbox"/> 5		
d A minha saúde é óptima.....	<input type="checkbox"/> 1	.....	<input type="checkbox"/> 2	.....	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	.....	<input type="checkbox"/> 5		



# A sua doença renal

12. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa para si?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
a A minha doença renal interfere demasiado na minha vida .....	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 ...	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal .	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 ..	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal ...	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 ..	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Sinto-me um peso para a minha família .	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 ..	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas perguntas são sobre como se sente e como têm corrido as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

Quantas vezes nas últimas 4 semanas ...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a se isolou das outras pessoas à sua volta? .....	▽ <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 demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas? .....	<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 se mostrou irritável com os que o/a rodeiavam?.....	<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 teve dificuldades em se concentrar ou pensar? .....	<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 se deu bem com as outras pessoas? .....	<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 se sentiu confuso/a? .....	<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. Nas últimas 4 semanas, até que ponto se sentiu incomodado/a por cada uma das seguintes situações?**

	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Moderada- mente incomodado	Muito incomodado	Extrema- mente incomodado
	▽	▽	▽	▽	▽
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 Comichão?.....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
e Pele sêca? .....	<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 Sensação de desmaio e tonturas?.....	<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 Esgotado/a ou sem forças?.....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
j Mãos ou pés dormentes?.....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
k Náusea ou indisposição .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
l (Apenas para doentes em hemodiálise) Problemas com a fístula? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
m (Apenas para doentes 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 no seu dia-a-dia

15. Algumas pessoas sentem-se incomodadas com os efeitos da doença renal no seu dia-a-dia, enquanto outras não. Até que ponto é que a doença renal o/a incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Moderadamente incomodado	Muito incomodado	Extremamente incomodado
	▽	▽	▽	▽	▽
a Restrição de líquidos? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Restrição dietética? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Capacidade para fazer os trabalhos domésticos? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Capacidade para viajar? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Dependência de médicos e outro pessoal clínico?..	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Stresse 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 Vida sexual? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Aparência física? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

As três perguntas que se seguem são pessoais e dizem respeito à sua actividade sexual, mas as suas respostas são importantes para compreendermos de que forma é que a doença renal interfere na vida das pessoas.

**16. Teve actividade sexual nas últimas 4 semanas?**  
**(Faça um círculo à volta de um número)**

Não ..... 1  
 Sim ..... 2

Se respondeu não, por favor salte para a Pergunta 17

**Até que ponto cada uma das seguintes situações constituiu um problema nas últimas 4 semanas**

	Sem problema	Um pequeno problema	Algum problema	Um grande problema	Um problema grave
	▽	▽	▽	▽	▽
a Ter prazer sexual?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5
b Ficar excitado/a sexualmente?.....	<input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5

17. Para a pergunta seguinte, classifique o seu sono usando uma escala de 0 a 10 em que 0 representa “muito mau” e 10 “muito bom”.

Se acha que o seu sono fica entre o “muito mau” e o “muito bom”, faça uma cruz no quadrado por baixo do número 5. Se acha que o seu sono é um nível melhor do que 5, faça uma cruz no quadrado por baixo de 6. Se acha que o seu sono é um nível pior do que 5, faça uma cruz no quadrado por baixo do 4 (e assim por diante).

Numa escala de 0 a 10, como classificaria o seu sono em geral? [Faça uma cruz no quadrado.]

Muito mau										Muito bom
▽										▽
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

**18. Com que frequência é que nas últimas 4 semanas...**

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer? .....	▽	▽	▽	▽	▽	▽
	<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 o tempo suficiente? .....	<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 em se manter acordado/a durante o dia? .....	<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. Relativamente à sua família e aos seus amigos, qual o seu grau de satisfação com...**

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a a quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos? .....	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4
b o apoio que recebe da família e dos amigos? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

20. Nas últimas 4 semanas, teve um trabalho remunerado?

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

21. A sua saúde impossibilita-o/a de ter um trabalho remunerado?

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

22. Em geral, como classificaria a sua saúde?

A pior possível (tão má ou pior do que estar morto/a)	Nem muito boa nem muito má					A melhor possível				
▽					▽					▽
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>



## Satisfação com os cuidados prestados

23. Pense nos cuidados que recebe na diálise renal. Em termos da sua satisfação, como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?

Muito mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor possível
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
<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. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa				
a O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível .	▽	▽	▽	▽	▽				
	<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 ajuda-me a lidar com a minha doença renal .....	<input type="checkbox"/> 1	.....	<input type="checkbox"/> 2	.....	<input type="checkbox"/> 3	.....	<input type="checkbox"/> 4	.....	<input type="checkbox"/> 5

***Obrigado por responder a estas perguntas!***