

Sua Saúde

– e –

Bem-Estar

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

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais.



Obrigado por completar estas questões!

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES EM DIÁLISE

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

Sua Saúde

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	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
<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	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. 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 em em cada linha.]**

Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
----------------------------	----------------------------------	----------------------------------

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

- a. Você reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades 1..... 2
- b. Fez menos coisas do que gostaria..... 1..... 2
- c. Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades 1..... 2
- d. Teve dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)..... 1..... 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
▼	▼

- a. Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades 1..... 2
- b. Fez menos coisas do que gostaria..... 1..... 2
- c. Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume..... 1..... 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"/> 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	Mode- rada	Intensa	Muito Intensa
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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 Verdade- iro ▼	Geral- mente Verdade ▼	Não sei ▼	Geral- mente falso ▼	Sem dúvida Falso ▼	
a	Minha doença renal interfere demais com a minha vida.....	<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"/> 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"/> 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"/> 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	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
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
	Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?.....					
b	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
	Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?.....					
c	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
	Você se irritou com as pessoas próximas?.....					
d	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
	Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?.....					
e	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
	Você se relacionou bem com as outras pessoas?.....					
f	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
	Você se sentiu confuso?.....					

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
----------------------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------	-------------------------

^aDores

musculares?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^bDor no peito?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^cCãibras?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^dCoceira na pele?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^ePele seca?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^fFalta de ar?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^gFraqueza ou tontura?.... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^hFalta de apetite?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

ⁱEsgotamento (muito cansaço)?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^jDormência nas mãos ou pés (formigamento)?.... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^kVontade de vomitar ou indisposição estomacal?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^l(Somente paciente em hemodiálise)

Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

^m(Somente paciente em diálise peritoneal)
Problemas com seu catéter?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 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 ▼	Incomoda um pouco ▼	Incomoda de forma moderada ▼	Incomoda muito ▼	Incomoda Extrema- mente ▼
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 Dependendo 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

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circle Um Número)

Não 1 →
Sim 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme
▼	▼	▼	▼	▼

a Ter satisfação sexual? 1..... 2..... 3..... 4..... 5

b Ficar sexualmente excitado (a)?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

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"/> 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"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

Obrigado por você completar estas questões!