

Supplemental file 1: Portuguese version of end-stage renal disease questionnaire (PESRD-AQ)

Questionário de adesão terapêutica para Doentes Renais Terminais (PESRD-AQ)

Este questionário é para saber a sua opinião sobre a forma como segue a seu tratamento de diálise e sobre as recomendações médicas relativas à medicação, dieta e ingestão de líquidos. Esta informação poderá ser útil para nos ajudar a perceber se tem alguma dificuldade em seguir o tratamento de diálise, o regime terapêutico, as restrições de líquidos, e a dieta recomendada. Por favor, responda ao questionário colocando uma cruz na resposta mais apropriada. Se tiver dúvidas, escolha a resposta que melhor se aplica a si.

End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ).

This survey asks for your opinion about how well you follow your dialysis treatment schedule and about medical recommendations related to medication, diet, and fluid intake. This information will help us to understand if you have difficulty following your dialysis treatment, medication regimen, fluid restriction, and recommended diet. Please answer every question by marking the appropriate box. If you are unsure about how to answer, please choose one best answer that applies to you.

INFORMAÇÃO GERAL (General Information)	
1. Quando iniciou ou reiniciou a hemodiálise? (When did you begin or restart your hemodialysis treatment?)	Data início (mês/ano): (Beginning Date:) ____ / ____ Data reinício, se interrompeu (mês/ano): (Restarting date if you restarted hemodialysis:) ____ / ____
2. Fez anteriormente tratamento com diálise peritoneal? (Have you ever had chronic peritoneal dialysis treatment?)	<input type="checkbox"/> Não (No) <input type="checkbox"/> Sim. Fez diálise peritoneal de (mês/ano): (Yes. Please answer below. I had peritoneal dialysis from:) ____ / ____ a ____ / ____
3. Fez anteriormente transplante de rim? (Have you had a kidney transplant?)	<input type="checkbox"/> Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Por favor responda às questões seguintes) (Yes. Please answer below). fez um transplante de rim (mês/ano) (I had a kidney transplant once from) ____ / ____ a ____ / ____ ou (or) sim duas vezes de (mês/ano) (I had kidney transplants twice from) ____ / ____ a ____ / ____ e (and from) ____ / ____ a ____ / ____ Se fez mais de dois transplantes indique as duas últimas vezes. (If you have had transplants more than twice, please write the dates in the spaces above for the last two transplants.)
4. Que tipo de transporte usa para vir fazer hemodiálise? (What type of transportation do you use to go to the dialysis center?)	<input type="checkbox"/> Transporte próprio (Personal transportation) <input type="checkbox"/> Autocarro (Bus) <input type="checkbox"/> Taxi (Taxi) <input type="checkbox"/> Ambulância (Medical transportation van) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____

<p>5. Quem o acompanha ao tratamento? (Who accompanies you to the dialysis center?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Venho sozinho (Myself) <input type="checkbox"/> Familiar (Parent) <input type="checkbox"/> Esposa(o) (Spouse: Husband or wife) <input type="checkbox"/> Filha (o) (Child) <input type="checkbox"/> Amigo (Friend) <input type="checkbox"/> Outros (Other (Specify the person)) _____ </p>
<p>TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE (Hemodialysis Treatment)</p>	
<p>6. Quantos dias por semana vem fazer hemodiálise? (How many days a week do you receive hemodialysis treatment?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 2 dias ou menos (2 days or less) <input type="checkbox"/> 3 dias (3 days) <input type="checkbox"/> 4 dias (4 days) <input type="checkbox"/> Mais de 4 dias (More than 4 days) <input type="checkbox"/> Mais de 5 dias (More than 5 days) </p>
<p>7. Quanto tempo passa em cada sessão de hemodiálise? (How many hours are you treated for each hemodialysis?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Menos de 3 horas (Less than 3 hours) <input type="checkbox"/> 3 horas (3 hours) <input type="checkbox"/> 3 horas e 15 minutos (3 hours and 15 minutes) <input type="checkbox"/> 3 horas e 30 minutos (3 hours and 30 minutes) <input type="checkbox"/> 3 horas e 45 minutos (3 hours and 45 minutes) <input type="checkbox"/> 4 horas (4 hours) <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas (More than 4 hours) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique as horas (Other (Specify the hours))_ </p>
<p>8. O seu esquema de hemodiálise é conveniente para si? (escolha a opção que melhor se adequa a si) (Is your dialysis schedule convenient for you? Please choose one best answer that applies to you)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/> Não, pois tenho que vir para o tratamento muito cedo (No, because I have to come to the dialysis center too early) <input type="checkbox"/> Não, pois tenho de vir para o tratamento muito tarde (No, because I have to come to the dialysis center too late) <input type="checkbox"/> Não, devido ao meu trabalho (No, because of my work schedule) <input type="checkbox"/> Não, pois venho fazer o tratamento na hora da refeição e tenho fome durante o tratamento (No, because it is my meal time and I get hungry during dialysis treatment) <input type="checkbox"/> Não, pois é na hora de tomar a minha medicação/insulina (No, because it is my medication time and I have to take medicines/insulin) <input type="checkbox"/> Não, porque (No, because of (Other)) _____ </p>
<p>9. Quando foi a ultima vez que algum profissional da clinica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clinica) falaram consigo da importância de não faltar à hemodiálise? (When was the last time a medical professional (your doctor, nurse, dietician, or other medical staff) talked to you about the importance of not missing your dialysis treatment?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Esta semana (This week) <input type="checkbox"/> A semana passada (Last week) <input type="checkbox"/> Um mês atrás (One month ago) <input type="checkbox"/> Mais de um mês (More than a month ago) <input type="checkbox"/> Quando iniciei a hemodiálise (When I first began dialysis treatment) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____ </p>

<p>10. Quando foi a ultima vez que algum profissional da clinica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clinica) falaram consigo da importância de fazer a hemodiálise até ao final da sessão? (How often does a medical professional (your doctor, nurse, dietician, or other medical staff) talk to you about the importance of staying for the entire dialysis time during your dialysis treatment?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Em todas as sessões de hemodiálise (Every dialysis treatment)</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as semanas (Every week)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os meses (Every month)</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses (Every 2 to 3 months)</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses (Every 4 to 6 months)</p> <p><input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros (When I have abnormal blood or other test results)</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente (Rarely)</p> <p><input type="checkbox"/> Por vezes (Irregularly)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Never)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>
<p>11. Acha importante seguir o seu esquema de hemodiálise? (How important do you think it is to follow your dialysis schedule?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Extremamente importante (Highly important)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito importante (Very important)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente importante (Moderately important)</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco importante (A little important)</p> <p><input type="checkbox"/> Não importante (Not important)</p>
<p>12. Porque acha importante seguir o seu esquema de hemodiálise? (Why do you think it is important to follow your dialysis schedule?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Porque entendo que com a minha doença renal necessito do tratamento de hemodiálise (Because I fully understand that my kidney condition requires dialysis as scheduled)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque seguir o esquema de hemodiálise é importante para manter o meu corpo saudável (Because following the dialysis schedule is important to keep my body healthy)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde me disseram que era importante (Because medical professional (my doctor, nurse, or dietitian) told me to do so)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque faltei a uma sessão de hemodiálise e fiquei doente (Because I had an experience that I was sick after I missed dialysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque faltei a uma sessão de hemodiálise e tive de ser hospitalizado (Because I had an experience that I was hospitalized after I missed dialysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Não penso que seguir o esquema de hemodiálise seja muito importante para mim (I don't think following the dialysis schedule is very important to me)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>
<p>13. É muito difícil cumprir todo o tempo de hemodiálise indicado pelo médico? (How much difficulty have you had staying for your entire dialysis treatment as ordered by your doctor?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não é difícil (No difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco difícil (A little difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Difícil (Moderate difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito difícil (A lot of difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente difícil (Extreme difficulty)</p>
<p>14. No último mês a quantas sessões de hemodiálise faltou? (During the last month, how many dialysis treatments did you miss completely?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nenhuma (None. I did not miss any treatments)</p> <p><input type="checkbox"/> Uma sessão (Missed one dialysis treatment)</p> <p><input type="checkbox"/> Duas sessões (Missed two dialysis treatments)</p> <p><input type="checkbox"/> Três sessões (Missed three dialysis treatments)</p> <p><input type="checkbox"/> Quatro ou mais sessões (Missed four or more dialysis treatments)</p>

	treatments)
15. Qual a principal razão para faltar às sessões de hemodiálise no último mês? (What was the main reason you missed your dialysis treatment last month?)	<input type="checkbox"/> Não aplicável: Não falto aos tratamentos (Not applicable: I did not miss any treatment) <input type="checkbox"/> Problemas com transportes (Transportation problems) <input type="checkbox"/> Tenho outras coisas que fazer. Quais? (I had other things to do. Please explain) <input type="checkbox"/> O acesso vascular coagulou (prótese, fistula ou cateter) (Hemodialysis access (graft, fistula, or catheter) clotted) <input type="checkbox"/> Fui a outra consulta médica (Physician (Medical or surgical) appointment) <input type="checkbox"/> Fui as urgências (I had to go to the emergency room) <input type="checkbox"/> Fui hospitalizado (I was hospitalized) <input type="checkbox"/> Esqueci-me (Forgot) <input type="checkbox"/> Não me apetece ir ou não pude ir (responda à pergunta 16) ("Didn't want to go" or "Couldn't go" (Go to the next question: Question #16)) <input type="checkbox"/> Outra razão. Especifique (Other (Please specify)) _____
16. (Responda a esta pergunta, apenas se respondeu "Não me apetece ir ou não pude ir") Porque não lhe apetece ir à hemodiálise? (Escolha a resposta que melhor se aplica a si). (Answer this question when you marked the above question as "Didn't want to go Couldn't go". Why didn't you want to go to the dialysis center? (Please choose one best answer that applies to you)	<input type="checkbox"/> Porque a hemodiálise me põe ansioso (Because dialysis treatment makes me anxious) <input type="checkbox"/> Porque tive diarreia/vômitos (Because I had vomiting/diarrhea) <input type="checkbox"/> Porque estive com gripe (Because I had cramping) <input type="checkbox"/> Porque fico cheio de fome durante o tratamento (Because I often get hungry during dialysis treatment) <input type="checkbox"/> Porque me sinto fisicamente desconfortável. Especifique a sua condição (Because I was physically uncomfortable. Specify the condition) <input type="checkbox"/> Porque tenho estado doente. Especifique a sua condição (Because I was sick due to other conditions. Specify the conditions) <input type="checkbox"/> Porque me sinto deprimido (Because I was emotionally depressed) <input type="checkbox"/> Outra (Other) _____
17. No último mês, quantas vezes diminuiu o tempo da sessão de hemodiálise? (During the last month, how many times have you shortened your dialysis time?)	<input type="checkbox"/> Não aplicável: não diminuí a duração da hemodiálise (Not applicable: I have not shortened my dialysis time) <input type="checkbox"/> Uma vez (Once) <input type="checkbox"/> Duas vezes (Twice) <input type="checkbox"/> Três vezes (Three times) <input type="checkbox"/> Quatro ou cinco vezes (Four to five times) <input type="checkbox"/> Outro (Other (Specify frequency)) _____

<p>18. Durante o ultimo mês, quando diminuiu a duração do tratamento, quantos minutos fez menos de hemodiálise? (During the last month, when your dialysis treatment was shortened, what was the average number of minutes?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável: não diminui a duração da hemodiálise (Not applicable: I have not shortened my dialysis time)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 minutos ou menos (Less than 10 minutes or 10 minutes)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 a 20 minutos (11 to 20 minutes)</p> <p><input type="checkbox"/> 21 a 30 minutos (21 to 30 minutes)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 31 minutos (More than 31 minutes)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>
<p>19. Qual a principal razão para diminuir o tempo da sessão de hemodiálise? (What was the main reason you have shortened your dialysis treatment?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável: não diminui a duração da hemodiálise (Not applicable: I have not shortened my dialysis time)</p> <p><input type="checkbox"/> Gripe (Cramping)</p> <p><input type="checkbox"/> Ida á casa de banho (Bathroom use)</p> <p><input type="checkbox"/> Fiquei nervoso (Restlessness)</p> <p><input type="checkbox"/> Baixa pressão arterial (Low blood pressure)</p> <p><input type="checkbox"/> Acessos vasculares entupiram (Access (graft, fistula, or catheter) clotted)</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta médica (Physician (medical or surgical) appointment)</p> <p><input type="checkbox"/> Assunto ou emergência pessoal (Personal business or emergency)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalho (Work schedule)</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas no transporte (Transportation problems)</p> <p><input type="checkbox"/> Decisão dos profissionais da clinica (especifique) (Por exemplo: má circulação sanguínea, coagulação do dialisador, mau funcionamento da máquina) (Staff decision. Why? Please explain: For example, poor blood flow, clotting dialyzer, machine malfunction, etc)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Não sentia vontade de ficar (Did not feel like staying)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Please specify)) _____</p>
<p>MEDICAÇÃO (Medication)</p>	
<p>20.Quando foi a ultima vez que os profissionais de saúde da clinica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clinica) falaram consigo sobre a sua medicação? (When was the last time a medical professional (your doctor, nurse, dietician or other medical staff) spoke to you about your medicines?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Esta semana (This week)</p> <p><input type="checkbox"/> A semana passada (Last week)</p> <p><input type="checkbox"/> Mês passado (One month ago)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de um mês (More than a month ago)</p> <p><input type="checkbox"/> Quando iniciei o tratamento de hemodiálise (When I first began dialysis treatment)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Never)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>

<p>21. Com que frequência é que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre a importância de tomar a medicação corretamente? (How often does a medical professional (your doctor, nurse, dietician or other medical staff) talk to you about the importance of taking medicines as ordered?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Todas as sessões de hemodiálise (Every dialysis treatment)</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as semanas (Every week)</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os meses (Every month)</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses (Every 2 to 3 months)</p> <p><input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses (Every 4 to 6 months)</p> <p><input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros. Como por exemplo pressão sanguínea, resultados analíticos) (When I have abnormal blood or other, for example, blood pressure, test results)</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente (Rarely)</p> <p><input type="checkbox"/> Irregularmente (Irregularly)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Never)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro Especifique (Other (Specify)) _____</p>
<p>22. Acha importante tomar a medicação corretamente? (How important do you think it is to take your medicines as scheduled?)</p>	<p><input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO importante (Highly important)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito importante (Very important)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente importante (Moderately important)</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco importante (A little important)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada importante (Not important)</p>
<p>23. Porque acha importante tomar a medicação corretamente? (escolha a opção que melhor se adequa a si) (Why do you think it is important to take your medicines as scheduled? (Please choose one best answer that applies to you))</p>	<p><input type="checkbox"/> Porque entendo que a minha doença renal exige que tome a medicação corretamente (Because I fully understand that my kidney condition requires to take medicines as scheduled)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tomar a medicação corretamente é importante para manter o meu corpo saudável (Because taking medicines is important to keep my body healthy)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) me disseram para o fazer (Because a medical professional (my doctor, nurse, dietician, or other medical staff) told me to do so)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tenho a experiência de ficar doente após não ter tomado os medicamentos (Because I had an experience that I was sick after I missed medicines)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tenho a experiência de ter sido hospitalizado após não ter tomado os medicamentos (Because I had an experience that I was hospitalized after I missed medicines)</p> <p><input type="checkbox"/> Não penso que os medicamentos sejam muito importantes para mim (I don't think taking medicines is very important to me)</p> <p><input type="checkbox"/> Outra. Especifique (Other (Specify)) _____</p>
<p>24. Tem alguma dificuldade em tomar a medicação? (Have you had any difficulty with taking your medicines?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não (No)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Yes)</p>
<p>25. Que grau de dificuldade teve a tomar a medicação que lhe foi prescrita? (How much difficulty have you had with taking your prescribed medicines?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nada difícil (No difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco difícil (A little difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente difícil (Moderate difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante difícil (A lot of difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Extremamente difícil (Extreme difficulty)</p>

<p>26. Na última semana, quantas vezes não tomou a medicação? (During the past week, how often have you missed your prescribed medicines?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tomei sempre a medicação (None of the time: I did not miss my medicines)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito raramente (Very seldom)</p> <p><input type="checkbox"/> Cerca de metade das vezes (About half of the time)</p> <p><input type="checkbox"/> A maioria das vezes (Most of the time)</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre (All of the time)</p>
<p>27. Qual a principal razão para não ter tomado a medicação corretamente, na última semana? (What was the main reason for not taking your prescribed medicines this past week?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável: tomo sempre a medicação (Not applicable: I did not miss medicines)</p> <p><input type="checkbox"/> Esqueci-me de tomar (Forgot to take medicines)</p> <p><input type="checkbox"/> Esqueci-me de ir comprar os medicamentos (Forgot to order medicines)</p> <p><input type="checkbox"/> Não tinha dinheiro para comprar os medicamentos (Medicine cost)</p> <p><input type="checkbox"/> Não me deu jeito (Inconvenience)</p> <p><input type="checkbox"/> Estive internado no hospital (I was hospitalized)</p> <p><input type="checkbox"/> Os medicamentos têm efeitos laterais (se seleccionar esta resposta, vá em seguida para a pergunta 28) (Side effects (Go to question #28))</p> <p><input type="checkbox"/> Outro (Other) _____</p>
<p>28. (responda a esta pergunta, apenas se respondeu “Os medicamentos têm efeitos laterais” na pergunta 27). Que tipo de efeito lateral teve com a medicação? (escolha a opção que melhor se adequa a si) (Answer this question when you have marked the above question as “Side effects.” What kind of side effect(s) to the medication(s) did you have? Please choose one best answer that applies to you.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Falta de apetite (Loss of appetite)</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas/vômitos/diarreia/obstipação (Nausea/vomiting/diarrhea/constipation)</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no estômago (Stomach pain)</p> <p><input type="checkbox"/> Tonturas (Dizziness)</p> <p><input type="checkbox"/> Dor de cabeça (Headache)</p> <p><input type="checkbox"/> Comichão/problemas de pele (Itching/skin problems)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique as sintomas (Other (Specify symptoms)) _____</p>
<p>FLUIDOS (Fluid)</p>	
<p>29. Quando foi a última vez que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre as restrições aos líquidos? (When was the last time a medical professional (your doctor, nurse or dietician or other medical staff) spoke to you about your fluid restrictions?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Esta semana (This week)</p> <p><input type="checkbox"/> A semana passada (Last week)</p> <p><input type="checkbox"/> Mês passado (One month ago)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de um mês (More than a month ago)</p> <p><input type="checkbox"/> Quando iniciei o tratamento de hemodiálise (When I began dialysis treatment)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Never)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>

<p>30. Com que frequência é que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clinica) falam consigo sobre a importância da restrição aos líquidos? (How often does a medical professional (your doctor, nurse, dietician or other medical staff) talk to you about the importance of fluid restriction?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Em todos os tratamentos (Every dialysis treatment) <input type="checkbox"/> Todas as semanas (Every week) <input type="checkbox"/> Todos os meses (Every month) <input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses (Every 2 to 3 months) <input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses (Every 4 to 6 months) <input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros. Como por exemplo pressão sanguínea, resultados analíticos) (When I have abnormal blood or other (for example, blood pressure) test results) <input type="checkbox"/> Raramente (Rarely) <input type="checkbox"/> Irregularmente (Irregularly) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____ </p>
<p>31. Na última semana, seguiu as recomendações de restrição aos líquidos? (During the past week, how often have you followed the fluid restriction recommendations?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sempre (All of the time) <input type="checkbox"/> A maioria das vezes (Most of the time) <input type="checkbox"/> Cerca de metade do tempo (About half of the time) <input type="checkbox"/> Raramente (Very seldom) <input type="checkbox"/> Nenhuma vez (None of the time) </p>
<p>32. Acha importante limitar a ingestão de líquidos? (How important do you think it is to limit your fluid intake?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Muitíssimo importante (Highly important) <input type="checkbox"/> Muito importante (Very important) <input type="checkbox"/> Moderadamente importante (Moderately important) <input type="checkbox"/> Pouco importante (A little important) <input type="checkbox"/> Nada importante (Not important) </p>
<p>33. Porque acha importante limitar a ingestão de líquidos? (Why do you think it is important for you to limit your fluid intake? Please choose one best answer that applies to you.)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Porque entendo que a minha doença renal exige que limite a ingestão de líquidos (Because I fully understand that my kidney condition requires limiting fluid intake) <input type="checkbox"/> Porque uma ingestão de líquidos correta é importante para manter o meu corpo saudável (Because limiting fluid intake is important to keep my body healthy) <input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde que trabalham na clinica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clinica) me disseram para o fazer (Because a medical professional (my doctor, nurse, dietician, or other medical staff) told me to do so) <input type="checkbox"/> Porque tenho a experiência de ficar doente após ter bebido muitos líquidos (Because I got sick after I drank lots of fluid) <input type="checkbox"/> Porque tenho a experiência de ter sido hospitalizado após ter bebido muitos líquidos (Because I was hospitalized after I drank lots of fluid) <input type="checkbox"/> Não penso que a limitação de ingestão de líquidos seja muito importantes para mim (I don't think limiting fluid is very important to me) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other. Specify) _____ </p>
<p>34. Tem dificuldade em controlar a ingestão de líquidos? (Have you had any difficulty with limiting your fluid intake?)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) </p>

35. Acha muito difícil seguir as recomendações sobre as restrições de líquidos? (How much difficulty have you had following your fluid restriction recommendations?)	<input type="checkbox"/> Nada difícil (No difficulty) <input type="checkbox"/> Um pouco difícil (A little difficulty) <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil (Moderate difficulty) <input type="checkbox"/> Bastante difícil (A lot of difficulty) <input type="checkbox"/> Não sou capaz de seguir qualquer recomendação (I was unable to follow any recommendations at all)
36. Se teve dificuldade em seguir as recomendações sobre a ingestão de líquidos, que tipo de dificuldade teve? (If you had difficulty following your fluid restriction recommendations, what type of difficulty have you had?)	<input type="checkbox"/> Não tive dificuldade (No difficulty) <input type="checkbox"/> Não estou interessado (Not interested) <input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de controlar a ingestão de líquidos (I was unable to control fluid intake) <input type="checkbox"/> Não percebo como seguir as recomendações para restringir a ingestão de líquidos (I don't understand how to follow the fluid restriction) <input type="checkbox"/> Outro (Other) _____
37. Na última semana, quantas vezes se pesou em casa (fora da clínica)? (During the past week, how many times have you weighed yourself at home (outside dialysis center)?)	<input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes (More than 3 times) <input type="checkbox"/> 3 Vezes (3 times) <input type="checkbox"/> Duas vezes (Twice) <input type="checkbox"/> Uma vez (Once) <input type="checkbox"/> Nenhuma vez (None of the time) <input type="checkbox"/> Outro (Other) _____
38. Acha importante pesar-se diariamente? (How important do you think it is to weigh yourself daily?)	<input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO importante (Highly important) <input type="checkbox"/> Muito importante (Very important) <input type="checkbox"/> Moderadamente importante (Moderately important) <input type="checkbox"/> Pouco importante (A little important) <input type="checkbox"/> Nada importante (Not important)
ALIMENTAÇÃO (Diet)	
39. Quando foi a última vez que profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falaram consigo sobre a sua alimentação? (When was last time a medical professional (your doctor, nurse, dietitian, or other medical staff) talked to you about your diet?)	<input type="checkbox"/> Esta semana (This week) <input type="checkbox"/> A semana passada (Last week) <input type="checkbox"/> Mês passado (One month ago) <input type="checkbox"/> Mais de um mês (More than a month ago) <input type="checkbox"/> Quando iniciei o tratamento de hemodiálise (When I first began dialysis treatment) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____
40. Com que frequência é que os profissionais de saúde da clínica (médico, enfermeira, nutricionista ou pessoal da clínica) falam consigo sobre a importância de ter uma alimentação adequada? (How often does a medical professional (your doctor, nurse, dietitian or other medical staff) talk to you about the importance of following a proper diet?)	<input type="checkbox"/> Em todos os tratamentos (Every dialysis treatment) <input type="checkbox"/> Todas as semanas (Every week) <input type="checkbox"/> Todos os meses (Every month) <input type="checkbox"/> Cada 2 a 3 meses (Every 2 to 3 months) <input type="checkbox"/> Cada 4 a 6 meses (Every 4 to 6 months) <input type="checkbox"/> Quando tenho alterações nos valores analíticos ou outros. Como por exemplo pressão sanguínea, resultados dos testes analíticos) (When I have abnormal blood or other (for example, blood pressure, test results) <input type="checkbox"/> Raramente (Rarely) <input type="checkbox"/> Irregularmente (Irregularly) <input type="checkbox"/> Nunca (Never) <input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____

<p>41. Acha importante ter atenção ao que come diariamente? (How important do you think it is to watch the types of food you eat each day?)</p>	<p><input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO importante (Highly important)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito importante (Very important)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente importante (Moderately important)</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco importante (A little important)</p> <p><input type="checkbox"/> Nada importante (Not important)</p>
<p>42. Porque acha importante ter cuidado com a alimentação? (Why do you think it is important for you to watch your diet daily? Please choose one best answer that applies to you)</p>	<p><input type="checkbox"/> Porque entendo que a minha doença renal exige que tenha cuidado com a alimentação (Because I fully understand that my kidney condition requires to watch my diet)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque a minha alimentação é importante para manter o meu corpo saudável (Because watching my diet is important to keep my body healthy)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque os profissionais de saúde que trabalham na clinica (médico, enfermeira, nutricionista) me disseram para o fazer (Because a medical professional (my doctor, nurse, or dietician) told me to do so)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tenho a experiência de ficar doente após ter ingerido alguns alimentos (Because I got sick after eating certain food that I was not supposed to eat)</p> <p><input type="checkbox"/> Porque tenho a experiência de ter sido hospitalizado após ter ingerido alguns alimentos (Because I was hospitalized after eating certain food that I was not supposed to eat)</p> <p><input type="checkbox"/> Não penso que ter cuidado com a alimentação seja muito importante para mim (I don't think watching my diet is important to me)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>
<p>43. Tem dificuldade em controlar a sua alimentação? (Have you had any difficulty following your dietary recommendations?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não (No)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Yes)</p>
<p>44. Acha muito difícil seguir as recomendações sobre a alimentação? (How much difficulty have you had following your dietary recommendations?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nada difícil (No difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco difícil (A little difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente difícil (Moderate difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante difícil (A lot of difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Não sou capaz de seguir qualquer recomendação (I was unable to follow any recommendations at all)</p>
<p>45. Que tipo de dificuldade teve em seguir as recomendações sobre a sua alimentação? (What type of difficulty have you had keeping your dietary recommendations?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não aplicável. Não tive dificuldade (Not applicable: No difficulty)</p> <p><input type="checkbox"/> Não estou disposto a controlar os alimentos que ingiro (I was not willing to control what I want to eat)</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de me controlar e não comer alguns alimentos (I was unable to avoid certain unrecommended food)</p> <p><input type="checkbox"/> Não percebo que tipo de dieta devo seguir (I don't understand what type of diet to follow)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique (Other (Specify)) _____</p>

<p>46. Na última semana, quantas vezes seguiu as recomendações sobre a alimentação? (During the past week, how many times have you followed the diet recommendations?)</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sempre (all of the time)<input type="checkbox"/> A maioria das vezes (Most of the time)<input type="checkbox"/> Cerca de metade do tempo (About half of the time)<input type="checkbox"/> Muito raramente (Very seldom)<input type="checkbox"/> Nunca (None of the time)
--	---