**SELF-CARE OF CHRONIC ILLNESS INVENTORY – Versão Brasileira**

*Todas as respostas são confidenciais.*

Ao preencher esse questionário, pense em como você vem se sentindo no último mês.

**SEÇÃO A:**

Abaixo estão listados os comportamentos de autocuidado que as pessoas com doenças crônicas geralmente adotam. Com que frequência você faz o seguinte?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1. Procura dormir o suficiente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tenta evitar ficar doente (por exemplo, tomando vacina para gripe, lavando suas mãos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Faz atividade física (p.ex., faz caminhada com passos rápidos, usa as escadas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Se alimenta com uma dieta especial? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Consulta profissional de saúde para cuidados de saúde de rotina? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Toma medicamentos prescritos sem esquecer nenhuma dose? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Faz algo para aliviar o estresse (p.ex., medicamento, ioga, música)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Evita fumar e ficar perto de quem está fumando? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEÇÃO B:**

Estão listadas abaixo coisas comuns que pessoas com doenças crônicas monitoram. Com que frequência você faz o seguinte?

|  | **Nunca** | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Observa sua doença? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Observa se apresenta efeitos colaterais dos medicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Observa se acontecem mudanças em como você se sente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Observa se você se cansa mais do que o normal fazendo atividades do dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Observa se você tem sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### **Muitos pacientes apresentam sintomas devido à sua doença ou ao tratamento da doença. A última vez que você teve sintomas…**

(Circule **um** número)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não tive sintomas** | **Não reconheci o sintoma** | **Demorei muito para reconhecer** | **Demorei um pouco para reconhecer** | **Demorei quase nada para reconhecer** | **Reconheci rapidamente** | **Reconheci imediatamente** |
| 1. Com que rapidez você identificou que se tratava de um sintoma da sua doença? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEÇÃO C:**

Estão listados abaixo os comportamentos que as pessoas com doenças crônicas adotam para controlar seus sintomas. **Quando você tem sintomas, qual é a chance de você adotar um desses comportamentos?**

(Circule **um** número para cada tratamento)

|  | **Improvável** | **Quase improvável** | **Pouco provável** | **Provável** | **Muito provável** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Mudar o que você come ou bebe para diminuir ou eliminar o sintoma? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mudar seu nível de atividade (por exemplo, diminuir o ritmo, descansar)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar um remédio para diminuir ou eliminar o sintoma? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Informar o profissional de saúde sobre o sintoma na próxima consulta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ligar para o profissional de saúde para pedir orientação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### **Pense em um tratamento que você usou na última vez que teve sintomas.**

##### (Circule **um** número)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não/ Não fiz nenhum** | **Não tenho certeza** | **Tenho pouca certeza** | **Tenho quase certeza** | **Tenho certeza** | **Tenho certeza absoluta** |
| 1. O tratamento que usou fez você se sentir melhor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEÇÃO D**:

Em geral, quanto você se sente confiante de que você consegue:

(Circule **um** número para cada item)

|  | **Não estou confiante** | **Um pouco confiante** | **Confiante** | **Muito confiante** | **Extremamente confiante** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Manter-se estável e livre de sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Seguir o plano de tratamento que você recebeu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Persistir em seguir o plano de tratamento mesmo quando é difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verificar sua condição de saúde rotineiramente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Persistir na verificação diária da sua condição de saúde, mesmo quando difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Reconhecer mudanças na sua saúde se elas ocorrerem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Avaliar a importância dos seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fazer alguma coisa para aliviar seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Persistir em encontrar uma medida que melhore seus sintomas, mesmo quando difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Avaliar o quanto uma medida funciona bem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

OBRIGADA POR COMPLETAR ESSE QUESTIONÁRIO!