**SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX – Versão Brasileira (Validação)**

*Todas as respostas são confidenciais.*

Pense em como você se sentiu no mês passado ao responder este questionário.

**SEÇÃO A:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Segue abaixo uma lista de atividades que as pessoas com insuficiência cardíaca fazem para ajudar a si mesmas. Com que frequência você faz as seguintes atividades? | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: lava as mãos)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Faz algum exercício (por exemplo: caminha rapidamente, usa as escadas)?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Come uma dieta com pouco sal?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Consulta o médico ou enfermeiro para cuidados de saúde de rotina?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Toma os remédios prescritos pelo médico sem esquecer nenhuma dose?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Pede comida com pouco sal quando come fora de casa?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Toma a vacina contra a gripe?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Pede alimentos com pouco sal ao visitar familiares e amigos?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Usa um sistema ou método para ajudá-lo(a) a se lembrar de tomar seus medicamentos? (Sistema ou método não inclui ter outra pessoa para lembrar de tomar os medicamentos).
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Pergunta ao médico, ao enfermeiro ou ao farmacêutico sobre seus medicamentos?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEÇÃO B:**

| Segue abaixo uma lista do que as pessoas com insuficiência cardíaca costumam controlar. Com que frequência você faz o seguinte: | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Controla seu peso diariamente?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Costuma prestar atenção às mudanças de seu estado geral?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Fica atento aos efeitos colaterais dos medicamentos?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Observa se você se cansa mais que o normal ao fazer atividades do dia a dia?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Costuma perguntar ao médico ou enfermeiro sobre como você está?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verifica com atenção seus sintomas da insuficiência cardíaca?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verifica se seus tornozelos estão inchados?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Costuma observar se sente falta de ar em atividades como tomar banho e se vestir?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Costuma anotar seus sintomas de insuficiência cardíaca?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Na última vez que você teve algum sintoma…**  (circule **um** número) | Não tive sintomas | Não percebi o sintoma | Demorei muito para perceber | Demorei um pouco para perceberce | Demorei quase nada para perceber | Percebi rapidamente | Percebi imediatamente |
| 1. Com que rapidez você percebeu que teve sintomas?
 | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Com que rapidez você percebeu que o sintoma era devido à insuficiência cardíaca?
 | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SEÇÃO C:**

| Segue abaixo uma lista com os comportamentos que as pessoas com insuficiência cardíaca usam para controlar seus sintomas. **Quando você tem sintomas, qual a chance de você ter esses comportamentos?** (circule **um** número para cada tratamento) | Impossível | Quase impossível | Pouco possível | Possível | Muito possível |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Diminuir ainda mais o sal que você come naquele dia?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar menos líquidos?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar um medicamento?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Entrar em contato com o médico ou enfermeiro para orientação?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Pedir conselhos a um membro da família ou amigo?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tentar descobrir porquê você tem sintomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Diminuir suas atividades até você se sentir melhor?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pense no que você fez para melhorar seus sintomas quando eles apareceram…** (circule **um** número) | Não fiz nada | Não tenho certeza | Tenho pouca certeza | Tenho quase certeza | Tenho certeza | Tenho certeza absoluta |
| 1. Você se sentiu melhor com o que você fez?
 | 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)(C | Não estou confiante | Estou um pouco confiante | Estou confiante | Estou 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 algo 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 ESTE QUESTIONÁRIO