**SELF-CARE OF CHRONIC ILLNESS INVENTORY V4c – 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. Come alimentos especiais ou evita certos alimentos?
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mantém consultas de rotina ou acompanhamento regular de saúde?
 | 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 |

**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 condição de saúde?
 | 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, com que rapidez você percebeu que se tratava de um sintoma do seu problema de saúde?

 **Nunca** tive nenhum sintoma. Se você marcar esta opção, pule para a **Seção C** abaixo.

 Tive um sintoma, mas **não o reconheci** como um sintoma da minha doença.

 Tive um sintoma e **o reconheci** como um sintoma da minha doença (Circule uma das alternativas)

 Não reconheci rapidamente

 Reconheci bem (bastante) rapidamente

 Reconheci um pouco rapidamente

 Reconheci moderadamente rapidamente

 Reconheci imediatamente

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

OBRIGADA POR COMPLETAR ESTE QUESTIONÁRIO!