# SELF-CARE OF CHRONIC ILLNESS INVENTORY V4c

# INVENTÁRIO DO AUTOCUIDADO DA DOENÇA CRÓNICA v.4c– Versão Portuguesa

*Todas as respostas são confidenciais.*

Ao preencher este questionário, pense em como se tem sentido no último mês.

# SECÇÃO A:

Em baixo estão listados os comportamentos comuns de autocuidado que as pessoas com doença crónica devem adotar. Com que frequência você faz o seguinte?

**(assinale uma opção)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nunca** | | **Raramente** | **Às vezes** | **Frequenmente** | **Sempre** |
| 1. Certifica-se que dorme o suficiente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tenta evitar ficar doente (por exemplo, faz vacina conta a gripe, lava as mãos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Faz atividade física (por exemplo, faz uma caminhada rápida, usa as escadas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Come alimentos específicos ou evita  certos alimentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Mantém consultas regulares de  acompanhamento em cuidados de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Toma medicamentos prescritos sem esquecer nenhuma dose? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Faz algo para aliviar o stress (por exemplo, meditação, yoga, música)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# SECÇÃO B:

# A seguir estão listadas as coisas comuns que pessoas com doenças crónicas monitorizam.

# Com que frequência você faz o seguinte?

# (assinale uma opção)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Raramente** | **Às vezes** | **Frequentemente** | **Sempre** |
| 8. Monitoriza a sua condição de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Monitoriza se apresenta efeitos colaterais da medicação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Monitoriza mudanças na maneira como se sente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Monitoriza se no dia a dia se cansa mais do que o habitual fazendo atividades normais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Monitoriza se tem sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. Muitos doentes têm sintomas devido à doença ou ao tratamento da doença. A última vez que teve sintomas, com que rapidez percebeu que era um sintoma da sua doença?
   * N**unca** tive um sintoma. Se marcar esta caixa, pule para a seção C abaixo.
   * Eu tive um sintoma, **mas não o reconheci** como um sintoma da minha doença.
   * Eu tive um sintoma **e reconheci-o** como um sintoma da minha doença. (**assinale uma opção**)
     + Não reconheci rapidamente
     + Reconheci pouco rapido
     + Reconheci suficientemente rápido
     + Reconheci rápidamente
     + Reconheci imediatamente

# SECÇÃO C:

# Em baixo estão listados os comportamentos que as pessoas com doença crónica utilizam para controlar seus sintomas. Quando tem sintomas, qual é a probabilidade de adotar um destes comportamentos?

# (assinale uma opção)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Improvável** | **Quase**  **imrovável** | **Pouco**  **Provável** | **Provável** | **Muito Provável** |
| 14. Mudar o que come ou bebe para que o sintoma diminua ou desapareça? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mudar o seu nível de atividade (por exemplo, diminuir o ritmo, descansar)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tomar um medicamento para fazer o sintoma diminuir ou desaparecer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Informar o profissional de saúde sobre o sintoma na próxima consulta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ligar para o profissional de saúde para pedir orientação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. Pense no tratamento que utilizou da última vez que teve sintomas. O tratamento que utilizou fê-lo sentir-se melhor?

**(assinale uma opção)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Não fiz nada** | | **Não tenho certeza** | **Tenho pouca certeza** | **Tenho quase certeza** | **Tenho certeza** | **Certeza absoluta** |
| O tratamento que usou fez com que se sentisse melhor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# SECÇÃO D: ESCALA DE CONFIANÇA DO AUTOCUIDADO

Em geral, o quanto se sente confiante de ser capaz. **(assinale uma opção)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Não estou confiante** | | **Um pouco confiante** | **Confiante** | **Muito Confiante** | **Extremamente Confiante** |
| 20. Manter-se estável e livre de sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Seguir o tratamento que lhe foi aconselhado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Persistir em seguir o tratamento mesmo quando é difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Monitorizar o seu estado de saúde frequentemente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Persistir na monitorização frequente da sua saúde mesmo quando for difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Reconhecer mudanças na sua saúde quando ocorrerem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Avaliar a importância dos seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Fazer alguma coisa para aliviar os seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Persistir em encontrar uma medida terapêutica para os seus sintomas, mesmo quando for difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Avaliar se a medida terapêutica funciona? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE QUESTIONÀRIO!