**Escala de autocuidado para a pessoa com doença coronária**

*Todas as respostas são confidenciais*

Pense na forma como se tem sentido durante o último mês ou desde a última vez que conversámos enquanto responde aos itens.

**SECÇÃO A:**

Em baixo estão listadas instruções comuns dadas a pessoas com doença cardíaca. Com que frequência as cumpre?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca ou raramente** | Às vezes | Frequentemente | Sempre ou diáriamente |
| 1. Mantém consultas com o seu médico/ enfermeiro?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Toma aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Avalia a sua Tensão Arterial?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Exercita-se por 30 minutos?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Toma a medicação como prescrita?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Pede alimentos com baixo teor de gordura quando faz refeições fora de casa ou visita alguém?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Usa um sistema para o ajudar a lembrar da toma dos medicamentos? Por exemplo, usa caixa de comprimidos ou lembrete.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Come fruta ou vegetais?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Evita fumar e locais com fumo?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Tenta perder peso ou controlá-lo?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SECÇÃO B:**

##### A doença cardíaca pode manifestar-se como *dor no peito, pressão no peito, ardor, peso no peito, dificuldade em respirar ou fadiga.*

##### No mês passado, teve algum destes sintomas? Assinale com **um** círculo.

1. Não
2. Sim

##### Se teve algum destes sintomas de doença cardíaca no mês passado…

#####  (assinale com um círculo **um** dos números)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não tive estes sintomas** | **Não reconheci estes sintomas** | **De forma lenta**  | **De forma normal** | **Rápidamente** | **De forma muito rápida** |
| Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de doença cardíaca? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Os procedimentos da seguinte lista são utilizados por pessoas com doença cardíaca. Se tem sintomas, qual a probabilidade de usar um destes procedimentos?

(assinale com um círculo **um** número para cada procedimento)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada****Provável** | **Pouco****Provável** | **Provável** | **Muito****Provável** |
| 1. Altera o nível de atividade (acalma, descansa)
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Tomar nitroglicerina (Se não tem nitroglicerina prescrita, passe este item)
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Tomar uma aspirina
 | 1 | 2 | 3 | 4 |

##### Pense no que fez na última vez que teve sintomas de doença cardíaca,

(assinale com um círculo **um** número)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não tentei nada** | **Não tenho a certeza** | **Tenho uma vaga ideia** | **Tenho a certeza** | **Tenho a certeza absoluta** |
| Até que ponto acha que o que fez o ajudou ou não? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SECÇÃO C**:

No geral, está confiante de que consegue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada confiante** | **Pouco confiante** | **Muito confiante** | **Extremamente confiante** |
| 1. Manter-se livre de sintomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Reconhecer mudanças na sua saúde?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Avaliar a importância dos seus sintomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Avaliar a eficácia de um qualquer procedimento?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |