**Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial**

*Todas as respostas são confidenciais.*

Pense como se tem sentindo 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 tensão arterial alta. Com que frequência as cumpre? Assinale com um circulo um número de cada item.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca ou raramente** | **Ás vezes** | **Frequentemente** | **Sempre ou diariamente** |
| 1-Avalia a sua tensão arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2-Come muitas frutas e legumes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3-Faz alguma atividade física? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4-Mantém consultas com o seu médico/enfermeiro? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5-Faz uma dieta com pouco sal? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6-Faz exercicio pelo menos 30 minutos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7-Toma os medicamentos como prescritos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8-Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa ou visita alguém? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9-Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de tomar os medicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10-Faz uma dieta pobre em gorduras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11-Tenta perder peso ou controlar o peso? | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SECÇÃO B:**

Muitos doentes têm dificuldade em controlar a tensão arterial.

No último mês, a sua tensão arterial ficou alta, mesmo que brevemente? Assinale com um circulo uma opção

0)Não

1)Sim

12-Se teve algum problema para controlar a sua tensão arterial no último mês...

(assinale com um circulo **um** número)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não tive isso** | **Não reconheci** | **De forma lenta** | **De forma normal** | **Rápido** | **Muito rápido** |
| Com que rapidez reconheceu que a sua tensão arterial estava elevada? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Listados abaixo estão algumas medidas que as pessoas usam para controlar a tensão arterial. Se a sua tensão arterial subir, qual a probabilidade de usar uma dessas medidas?

(assinale com um circulo **um** número para cada medida)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Improvável** | **Pouco provável** | **Provável** | **Muito provável** |
| 13-Reduzir o sal na dieta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14-Reduzir o stress | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15-Ter atenção para tomar os medicamentos prescritos sem falta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16-Contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento | 1 | 2 | 3 | 4 |

17.Pense numa medida que tentou na última vez em que a sua tensão arterial subiu,

(Assinale com um circulo **um** número)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não tentei nada** | **Não tenho a certeza** | **Tenho uma vaga ideia** | **Tenho a certeza** | **Tenho a certeza absoluta** |
| Quanta certeza tem de que essa medida ajudou ou não ajudou? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SECÇÃO C:**

No geral, está **confiante** em que consegue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nada confiante** | **Pouco confiante** | **Muito confiante** | **Extremamente confiante** |
| 18.Controlar a sua tensão arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.Seguir o regime terapêutico? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.Reconhecer as mudanças na sua saúde, se estas ocorrerem? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.Avaliar as mudanças na sua tensão arterial | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.Fazer alguma coisa para controlar a sua tensão arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23.Avaliar a eficácia de qualquer procedimento? | 1 | 2 | 3 | 4 |