

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 diariamente |
|--|--------------------|----------|----------------|-----------------------|
| 1. Mantém consultas com o seu médico/ enfermeiro? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Toma aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Avalia a sua Tensão Arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Exercita-se por 30 minutos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Toma a medicação como prescrita? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Pede alimentos com baixo teor de gordura quando faz refeições fora de casa ou visita alguém? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Usa um sistema para o ajudar a lembrar da toma dos medicamentos? Por exemplo, usa caixa de comprimidos ou lembrete. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Come fruta ou vegetais? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Evita fumar e locais com fumo? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 10. 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.

- 0) Não
- 1) Sim

11. 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 |
|---|---------------|----------------|----------|----------------|
| 12. Altera o nível de atividade (acalma, descansa) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Tomar nitroglicerina (Se não tem nitroglicerina prescrita, passe este item) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Tomar uma aspirina | 1 | 2 | 3 | 4 |

16. 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 |
|--|----------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| 17. <u>Manter-se livre de sintomas?</u> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. <u>Reconhecer mudanças</u> na sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. <u>Avaliar a importância</u> dos seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. <u>Fazer alguma coisa</u> que alivie os seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. <u>Avaliar</u> a eficácia de um qualquer procedimento? | 1 | 2 | 3 | 4 |