# ESCALA DE AUTOCUIDADO DE HIPERTENSÃO

*Todas as respostas são confidenciais.*

Pense sobre como você se sentiu no último mês ou como tem se sentido desde a última vez que conversamos ao completar estes itens.

# SEÇÃO A:

Abaixo se encontram listadas orientações normalmente dadas a pessoas com pressão alta. Com que frequência você segue essas orientações?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nunca ou raramente** | **Algumas vezes** | **Frequentemente** | **Sempre ou diariamente** |
| 1.Verifica a suapressão arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Fazrefeições ricas em frutas e vegetais? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Faz alguma atividade física? (ex.: atividades domésticas, caminhar no pátio, cuidar doJardim, etc...) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Compar ece a consultas com médicos ou enfermeiros? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Fazrefeições com pouco sal? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Exercita-se por 30 minutos? (1=0x semana; 2=1-3x semana; 3=4-6x semana; 4=7xsemana; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Toma seusmedicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Pedealimentos com | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |
| --- |
| pouco sal quando come fora ou visita outras pessoas? |
| 9. Fazrefeições com pouca gordurasaturada e colesterol? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Tenta perder peso oucontrolar o peso? | 1 | 2 | 3 | 4 |

# SEÇÃO B:

Muitos pacientes têm dificuldade em controlar sua pressão arterial.

No passado, a sua pressão arterial ficou fora de controle, mesmo que brevemente? Circule uma resposta.

0)Não 1)Sim

11. Se você teve algum problema para controlar a sua pressão arterial no passado...

(circule **um** número)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Não tive problemas** | **Não reconheci** | **Demorei muito para****reconhecer** | **Demorei um pouco para****reconhecer** | **Reconheci rapidamente** | **Reconheci imediatamente** |
| Com que rapidez você reconheceu que a sua pressão arterial estavaelevada? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Abaixo se encontram listadas algumas medidas que pessoas com pressão alta utilizam para controlar a pressão arterial. Se a sua pressão arterial subir, qual a probabilidade de você tentar uma dessas medidas?

(circule **um** número para cada medida)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Improvável** | **Pouco** | **Provável** | **Muito provável** |

|  |
| --- |
| **provável** |
| 12. Reduzir osal da sua dieta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Reduzir o seu nível de estresse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Tomar um comprimido extra para pressão arterial | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Ligar para oseu médico ou enfermeiro, ou procurar algum serviço de saúde para pedirorientação | 1 | 2 | 3 | 4 |

16. Pense em uma medida que você tentou na última vez em que a sua pressão arterial subiu,

(circule **um** número)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Não****tentei nada** | **Não****tenho certeza** | **Pouca certeza** | **Certeza** | **Tenho muita certeza** |
| Qual a sua certeza de que essa medida ajudouou não ajudou? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

# SEÇÃO C:

Em geral, qual a sua confiança em conseguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Não****confiante** | **Pouco****confiante** | **Confiante** | **Extremamente****confiante** |
| 17. Manter a sua pressão arterial sob controle? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Seguir asorientações sobre o tratamento que recebeu? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Avaliar aimportância das alterações na suapressão arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Reconhec er alterações na sua saúde casoelas ocorram? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Fazer | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |
| --- |
| alguma coisapara baixar a sua pressão arterial? |
| 22. Avaliar o quanto uma medidafunciona? | 1 | 2 | 3 | 4 |