**INVENTÁRIO DE AUTOCUIDADO**

*Todas as respostas são confidenciais.*

Pense como se tem sentido no último mês ao preencher este inquérito.

**SECÇÃO A:**

Listados abaixo estão comportamentos comuns de autocuidado que as pessoas podem ter. Com que frequência ou regularidade faz o seguinte?

 **Nunca Ocasionalmente Sempre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Certifica-se que dorme o suficiente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tenta evitar ficar doente (ex., vacina da gripe, lavar as mãos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Pratica atividade física (ex., caminhada rápida, subir escadas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tem uma alimentação equilibrada e variada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Consulta o seu profissional de saúde para cuidados de saúde de rotina (ex., consulta de rotina, dentista, ginecologista)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Se/quando prescrito, toma medicamentos prescritos sem falhar uma dose? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Faz algo para aliviar o stress (ex., meditação, ioga, música)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Evita fumo de tabaco (fumador ativo e 1 2 3 4 5 passivo)?

**SECÇÃO B:**

Listados abaixo estão comportamentos comuns que as pessoas podem monitorizar. Com que frequência ou regularidade faz o seguinte?

 **Nunca Ocasionalmente Sempre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. Monitoriza o seu estado de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Se/quando prescrito, monitoriza os efeitos colaterais do medicamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Presta atenção às mudanças em como se sente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Monitoriza se se cansa mais do que o normal nas atividades normais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. Monitoriza os sintomas? 1 2 3 4 5
2. Pense na última vez que teve um sintoma. Pode ser um sintoma de qualquer coisa – uma constipação, uma noite mal dormida, uma doença. Também pode ser uma reação a um medicamento. (circule/selecione **um** número)

 **Não Não Algo Muito**

**reconheci o rapidamente rapidamente rapidamente sintoma**

Quão rápido reconheceu como um 0 1 2 3 4 5 sintoma de uma doença, problema de saúde ou efeito colateral de um medicamento?

**SECÇÃO C**

Listados abaixo estão comportamentos comuns que as pessoas podem ter para controlar sintomas. **Quando tem sintomas, quão provável é fazer o seguinte?**

(circule/selecione **um** número para cada comportamento)

 **Improvável Provável Muito provável**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15. Alterar o que come ou bebe para que o sintoma diminua ou desapareça? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alterar o seu nível de atividade (por exemplo, desacelerar, descansar)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Tomar um medicamento para que o sintoma diminua ou desapareça? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Contar ao seu profissional de saúde sobre o sintoma na próxima visita ao consultório? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ligar para o seu profissional de saúde 1 para ter orientação?**Pense no que fez da última vez que teve um sintoma…**  | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  **Não fiz nada Sem certeza** | **De alguma maneira sim** | **Sem dúvida que sim** |

20. As coisas que fez fizeram-no/na 0 1 2 3 4 5 sentir-se melhor?

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE INQUÉRITO!

# ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA DE AUTOCUIDADO

*Todas as respostas são confidenciais.*

No geral, quão confiante está de que pode ou poderia:

(Circule **um** número para cada afirmação)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Não confiante** |  | **Algo confiante** |  | **Muito confiante** |
| 1. Manter-se estável e livre de sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Seguir o plano, se recebeu algum tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Persistir no seguimento de um plano se recebeu um tratamento, mesmo que este seja difícil?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Monitorizar o seu estado de saúde regularmente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Persistir na monitorização regular do seu estado de saúde, mesmo quando difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Reconhecer mudanças na sua saúde se elas ocorrerem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Avaliar a importância dos seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Fazer algo para aliviar seus sintomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Persistir na procura de um medicamento para os seus sintomas, mesmo quando é difícil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Avaliar quão bem um 1 2 3 4 5 medicamento funciona?

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE INQUÉRITO!