

INVENTÁRIO DE AUTOUIDADO

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

13. Monitoriza os sintomas? 1 2 3 4 5

14. 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 reconheci o	Não rapidamente	Algo rapidamente	Muito rapidamente	Muito sintoma	
Quão rápido reconheceu como um problema de saúde ou efeito colateral de um medicamento?	0	1	2	3	4	5

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 para ter orientação?	1 para ter	2	3	4	5

Pense no que fez da última vez que teve um sintoma...

	Não fiz nada	Sem certeza	De alguma maneira sim	Sem dúvida que sim		
20. As coisas que fez fizeram-no/na sentir-se melhor?	0	1	2	3	4	5

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE INQUÉRITO!

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA DE AUTOCAUIDADO

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 <u>estável e livre de sintomas?</u>	1	2	3	4	5
2. Seguir o plano, se recebeu algum tratamento?	1	2	3	4	5
3. <u>Persistir</u> no seguimento de um plano se recebeu um tratamento, mesmo que este seja difícil?	1	2	3	4	5
4. <u>Monitorizar</u> o seu estado de saúde regularmente?	1	2	3	4	5
5. <u>Persistir</u> na monitorização regular do seu estado de saúde, mesmo quando difícil?	1	2	3	4	5
6. <u>Reconhecer mudanças</u> na sua saúde se elas ocorrerem?	1	2	3	4	5
7. <u>Avaliar</u> a importância dos seus sintomas?	1	2	3	4	5
8. <u>Fazer algo</u> para aliviar seus sintomas?	1	2	3	4	5
9. <u>Persistir</u> na procura de um medicamento para os seus sintomas, mesmo quando é difícil?	1	2	3	4	5
10. <u>Avaliar</u> quão bem um 1 2 3 4 5 medicamento funciona?					

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTE INQUÉRITO!