



Avaliação da fadiga utilizando a Escala de Identificação e Consequências da Fadiga em pacientes com câncer de pulmão

Ingrid Correia Nogueira^{1,2}, Amanda Souza Araújo^{1,2}, Maria Tereza Morano^{1,2,3}, Antonio George Cavalcante¹, Pedro Felipe de Bruin¹, Johana Susan Paddison⁴, Guilherme Pinheiro da Silva^{1,3}, Eanes Delgado Pereira^{1,2}

ANEXO - VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS DA FADIGA.

Escala de Identificação e Consequências da Fadiga

Por favor, lembre-se dos últimos dois dias e marque o quadrado que melhor descreve como você está se sentindo.

| Durante os últimos 2 dias... | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Várias vezes | Muitas vezes | Sempre |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 1. Eu me senti esgotado. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 2. Eu comecei a fazer as coisas sem dificuldade, mas rapidamente fiquei cansado. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 3. Eu me senti cheio de energia | 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4. Eu me senti exausto. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 5. Eu me senti revigorado. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 6. Eu senti todo meu corpo pesado. | 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 7. Eu me senti cheio de vigor. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 8. Foi difícil para mim encontrar motivação para realizar as minhas atividades diárias. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 9. Eu consegui me concentrar nas coisas. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 10. Eu me senti cansado. | 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 11. Eu tive energia para realizar várias coisas. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 12. Fisicamente, eu me senti cansado. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 13. Eu tenho que restringir o quanto eu tento e faço no dia. | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 14. Eu me senti cheio de vida. | 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

| Durante os últimos 2 dias, as sensações de cansaço significaram... | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Várias vezes | Muitas vezes | Sempre |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 15. Eu tive problemas para prestar atenção. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 16. Eu tenho estado esquecido das coisas. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 17. Meus pensamentos se desviaram facilmente. | 6 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 18. Eu tenho cometido mais erros que o habitual. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

| Durante os últimos 2 dias, as sensações de cansaço significaram... | Concordo plenamente | Concordo | Neutro | Discordo | Discordo plenamente |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 19. Eu consegui muito pouco no dia a dia. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 20. Eu não tive energia para fazer as coisas que normalmente eu faço. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

As questões seguintes abordam quanto a fadiga interfere nas coisas que você pode fazer.

Para as atividades que você não está fazendo, por outros motivos que não a fadiga, marque o quadrado "N/A" (não se aplica).

| Durante os 2 últimos dias eu tive energia suficiente para... | Nunca | Só ocasionalmente | Às vezes, porém menos que o habitual | Quase tão frequente como de costume | Como de costume | N/A |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 21. Ler um jornal/livro ou assistir televisão. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 22. Tomar banho. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 23. Me vestir. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 24. Fazer as tarefas da casa. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 25. Cozinhar. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 26. Trabalhar. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 27. Visitar ou encontra-se com familiares e amigos. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 28. Participar de atividades de lazer ou recreação. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 29. Fazer compras ou resolver alguma coisa. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 30. Caminhar. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 31. Outros exercícios, além de caminhar. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |