

**ESCALA DE FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL E SOCIAL PARA PESSOA
 COM EPILEPSIA – Portugues Brasil**
 (Versão original: Wang e col., 2013)
 (Versão traduzida: Fernandes, 2015)

Nome do Paciente: _____

Gênero: _____ Nº de Identificação/Identidade do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

As perguntas abaixo têm a intenção de conhecer suas condições de vida cotidiana quando você não está em crise epiléptica. Por favor, preencha/assinale a resposta mais adequada para cada pergunta.

1 RELAÇÕES INTERPESSOAIS		
A)	Quando você necessitou de ajuda, você conseguiu encontrar colegas, colegas de turma, vizinhos, ou amigos confiáveis para lhe ajudar?	
	2	Facilmente
	1	Com dificuldade
	0	Impossível
B)	Ao descobrir sua condição de saúde, seus colegas, colegas de turma, vizinhos ou amigos gradualmente começaram a se distanciar de você?	
	3	Isto não aconteceu
	2	Algumas pessoas se distanciaram
	1	Várias pessoas se distanciaram
	0	Todo mundo se distanciou
C)	Você se distanciou intencionalmente dos seus colegas, colegas de turma, vizinhos ou amigos porque se preocupou que a crise epiléptica pudesse ocorrer a qualquer momento e você queria evitar que eles descobrissem a sua condição de saúde?	
	3	Nunca
	2	Apenas de alguns
	1	De muitos
	0	De todos
D)	Os membros de sua família, os seus colegas, colegas de turma, vizinhos ou amigos se queixaram que você não é uma pessoa fácil de se conviver (ex.: conflitos frequentes com outras pessoas)?	
	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)

2 COMUNICAÇÃO

A) Quando alguém está compartilhando alguma informação com você, eles têm que repetir a informação (muitas vezes) para que você possa entendê-la completamente?

	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)

B) Quando você está conversando com outras pessoas, elas se queixam de que não conseguem entender o que você está dizendo?

	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)

C) Quando você está conversando com outras pessoas, você demora bastante tempo para pensar nas palavras que você quer usar e às vezes não consegue lembrá-las?

	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)

D) Quando você está conversando com outras pessoas, você fica tão emotivo (a) que não consegue continuar a conversa tranquilamente?

	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)

3 ATIVIDADES SOCIAIS

Você participou das atividades listadas abaixo no ano passado?

A) Foi à casa de parentes ou amigos para uma reunião social e para conversar.

	0	Não nos últimos 12 meses
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)

B) Convidou parentes ou amigos para irem à sua casa para uma reunião social e para conversar.

	0	Não nos últimos 12 meses
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)

C) Conversou com parentes ou amigos pelo telefone ou online.

	0	Não nos últimos 12 meses
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)

D)	Fez uma refeição, foi às compras, saiu pra cantar, assistiu a um filme ou viajou com outras pessoas.		
	0	Não nos últimos 12 meses	
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)	
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)	
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)	
E)	Participou de atividades organizadas por alguma associação, sociedade/clube (ex.: dança, atividade física), ou um grupo religioso.		
	0	Não nos últimos 12 meses	
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)	
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)	
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)	
4 ATIVIDADES DE LAZER			
*Se você não participou das atividades listadas abaixo no ano passado, por favor, dê o(s) motivo(s).			
A)	Exercícios dinâmicos, incluindo ciclismo, jogos com bola, natação, corrida e dança.		
	0	Não nos últimos 12 meses - Motivo:	
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)	
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)	
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)	
B)	Atividades de lazer ao ar livre, incluindo caminhada no campo, fazer compras, caminhada, pescaria e fotografia .		
	0	Não nos últimos 12 meses - Motivo:	
	1	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)	
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez por mês)	
	3	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)	
Pratica outra atividade de lazer que não foi descrita nos itens acima? Qual?			
5 Habilidades Instrumentais para Vida Diária			
Por favor, avalie sua capacidade e frequência de execução dos seguintes itens e preencha a resposta correspondente.			
Capacidade: (2). Competente (1). Necessita de assistência (0). Incapaz de executar		Frequência: (4). Diariamente (3). Pelo menos uma vez por semana (2). Pelo menos uma vez por mês (1). Pelo menos uma vez ao ano (0). Não nos últimos 12 meses	
A)	Sair de casa para fazer compras de forma independente, como fazer compras de mantimentos, ou necessidades diárias.	C:	F:
B)	Administrar as tarefas de casa de forma independente, como arrumar seu quarto, lavar roupas, pagar contas e reparos domésticos.	C:	F:
C)	Administrar suas três refeições diárias de forma independente: tanto cozinhando em casa ou telefonando para serviços de entrega de comida.	C:	F:
D)	Andar de bicicleta, dirigir, ou utilizar o transporte público de forma independente para viajar para outra cidade.	C:	F:
E)	Administrar suas finanças, incluindo uso de cartões, gastar o dinheiro corretamente e planejar o orçamento.	C:	F:

6 OCUPAÇÃO		
Você está empregado atualmente? * <i>Sim (Período integral, autônomo, etc.)</i>		
Horas de trabalho/dia:		
A)	Suas horas de trabalho são:	
	3	Pelo menos 8 horas de trabalho em período integral
	2	Pelo menos 4 horas de trabalho em meio período
	1	Menos do que 4 horas de trabalho em meio período
B)	Você está neste emprego atual há:	
	3	Mais de dois anos
	2	1 – 2 anos
	1	Menos de um ano
C)	Seus colegas de trabalho têm se queixado que você frequentemente esquece ou negligencia tarefas ou compromissos importantes, e que o seu desempenho precisa melhorar?	
	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)
D)	Você se sentiu tão deprimido (a) emocionalmente ou ansioso(a) que não foi capaz de trabalhar ou, teve mesmo que pedir licença do trabalho?	
	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)
E)	O conteúdo do seu trabalho, oportunidades de promoção e salário tem sido limitado pela sua condição de saúde?	
	0	Sim
	1	Não
<i>*Não (inclui estar desempregado, ser estudante, dona de casa, aposentado (a) e voluntário(a))</i>		
A)	Há quanto você está fora da escola, desempregado, ou incapaz de administrar os trabalhos domésticos?	
	3	Nunca
	2	Menos de 6 meses
	1	Menos de 1 ano
	0	Mais de 1 ano
B)	No ano passado, quantas vezes você não pôde trabalhar, ir à escola, ou realizar atividades diárias por alguns dias consecutivos por causa da epilepsia?	
	3	Nunca
	2	Aconteceu uma vez
	1	Aconteceu pelo menos duas vezes, ou tenho sempre ficado em casa descansando, mas consigo dar conta das atividades diárias de forma independente.
	0	Tenho sempre ficado em casa descansando e preciso de assistência para as atividades diárias.

C)	Você teve dificuldades de aprendizagem ou dificuldades diárias, por causa de problemas de memória, incluindo incapacidade para aprender novas informações, esquecimento de acompanhamentos e ingestão de novos medicamentos, e extravio de itens?	
	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)
D)	Você se sentiu tão deprimido (a) emocionalmente, ou ansioso que seus estudos foram severamente afetados, ou sua vida diária foi completamente perturbada?	
	4	Nunca
	3	Raramente (Pelo menos uma vez ao ano)
	2	Às vezes (Pelo menos uma vez ao mês)
	1	Frequentemente (Pelo menos uma vez por semana)
	0	Sempre (Quase todos os dias)
E)	Você está incapacitado de trabalhar ou continuar seus estudos? Você precisa de acompanhamento em longo prazo por causa da epilepsia?	
	0	Sim
	1	Não