VERSÃO PORTUGUESA DO CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ) E DO CHILD HEALTH QUESTIONNAIRE (CHQ)

J. A. Melo-Gomes, N. Ruperto,
H. Canhão, J. E. Fonseca,
A. Quintal, M. Salgado,
M. J. Santos

Grupo de Estudo de Reumatologia Pediátrica da
Sociedade Portuguesa de Reumatologia

PRINTO – Pediatric Rheumatology International Trials Organization

RESUMO

Descrevemos os resultados da adaptação e validação na língua portuguesa da versão parental de dois instrumentos de qualidade de vida relacionada com a saúde. O *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ) é um instrumento de saúde específico que mede a capacidade funcional nas actividades da vida diária das crianças com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). O *Child Health Questionnaire* (CHQ) é um instrumento de saúde genérico desenhado para caracterizar o bem-estar físico e psicosocial das crianças, independentemente da doença de base. A versão portuguesa do CHAQ e o CHQ foi validada com 3 traduções e 3 retroversões. Foram incluídos 130 indivíduos: 69 doentes com AIJ (32% forma sistémica, 19% forma poliarticular, 26% forma oligoarticular estendida e 23% forma oligoarticular persistente) e 61 crianças saudáveis. O CHAQ discriminou clinicamente as crianças saudáveis das crianças com AIJ sistémica, poliarticular e oligoarticular estendida, as quais apresentavam um maior grau de incapacidade e dor e um menor bem-estar, por comparação com os controlos saudáveis. Também o CHQ discriminou clinicamente as crianças saudáveis das crianças com AIJ sistémica, poliarticular e oligoarticular estendida, as quais apresentavam um menor bem-estar físico e psicosocial quando comparadas com os controlos saudáveis.

Em conclusão, a versão portuguesa do CHAQ e do CHQ é um instrumento fiável e válido para a avaliação funcional, física e psicosocial das crianças com AIJ.

Palavras-Chave: Portuguese Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ); Portuguese Child Health Questionnaire (CHQ); Artrite Idiopática Juvenil (AIJ).

ABSTRACT

We report herein the results of the cross-cultural adaptation and validation into the Portuguese language of two health related quality of life instruments. The Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ**)** is a disease specific health instrument that measures functional ability in daily living activities in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). The Child Health Questionnaire (CHQ) is a generic health instrument designed to capture the physical and psychosocial well-being of children independently from the underlying disease. The Portuguese CHAQ – CHQ were fully validated with 3 forward and 3 backward translations. A total of 130 subjects were enrolled: 69 patients with JIA (32% systemic onset, 19% polyarticular onset, 26% extended oligoarticular subtype, and 23% persistent oligoarticular subtype) and 61 healthy children. The CHAQ clinically discriminated between healthy subjects and JIA patients, with the systemic, polyarticular and extended oligoarticular subtypes having a higher degree of disability, pain, and a lower overall well-being when compared to their healthy peers. Also the CHQ clinically discriminated between healthy subjects and JIA patients, with the systemic onset, polyarticular onset and extended oligoarticular subtypes having a lower physical and psychosocial well-being when compared to their healthy peers.

In conclusion the Portuguese version of the CHAQ-CHQ is a reliable, and valid tool for the functional, physical and psychosocial assessment of children with JIA.

Key-Words: Portuguese Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ); Portuguese Child Health Questionnaire (CHQ); Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA).

VERSÃO PORTUGUESA DO CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ) E DO CHILD HEALTH QUESTIONNAIRE (CHQ)

J. A. Melo-Gomes, N. Ruperto, H. Canhão, J. E. Fonseca, A. Quintal, M. Salgado, M. J. Santos

Introdução

O objectivo deste estudo foi o de adaptar e validar a versão parental do *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ)[1] e do *Child Health Questionnaire* (CHQ)[2] num grupo de crianças saudáveis e de crianças com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) em seguimento pelos membros portugueses do Grupo de Estudo de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e do *Paediatric Rheumatology International Trials Organisation* (PRINTO). Este projecto formou uma parte de um trabalho internacional mais vasto conduzido pelo PRINTO e apoiado pela União Europeia (contrato BMH4 983531 CA)[3-5], cujo âmbito é avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças com AIJ, em comparação com crianças saudáveis.

Material, métodos e resultados

A metodologia detalhada está publicada[6]. A versão portuguesa completa do CHAQ, com as linhas correspondentes do questionário americano-inglês assinaladas na coluna da esquerda, é reproduzida no final deste artigo (Figura 1). A reprodução do CHQ não foi autorizada por Jeanne M. Landgraf, representante do grupo detentor dos direitos de autor.

Em resumo, após aprovação dos comités de ética das instituições participantes e o consentimento de pelo menos um dos pais, as crianças foram recrutadas para um estudo prospectivo que decorreu entre Abril de 1998 e Março de 2000, efectuado pelos membros portugueses do PRINTO. Os doentes incluídos apresentavam AIJ dos subtipos sistémico, poliarticular, oligoarticular estendido e oligoarticular persistente (critérios de Durban)[7]. Os controlos consistiram em crianças saudáveis (6 a 18 anos) pertencentes a escolas locais e/ou os irmãos saudáveis das crianças com AIJ.

Grupo de Estudo de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia
PRINTO – Pediatric Rheumatology International Trials Organization

Características clínicas e demográficas dos indivíduos incluídos (Quadro I)

Um total de 130 indivíduos foi incluído: 69 doentes com AIJ (32% forma sistémica, 19% forma poliarticular, 26% forma oligoarticular estendida e 23% forma oligoarticular persistente) e 61 crianças saudáveis. O CHAQ-CHQ foi completado em 84% dos casos pela mãe (idade média 39,6 ± 6,8 anos) e em 16% dos casos pelo pai (idade média de 42,0 ± 9,3 anos).

Validade discriminativa clínica

O Quadro II descreve os resultados (média ± desvio padrão) dos 8 domínios do CHAQ, o índice de incapacidade (II) e 2 escalas visuais analógicas (EVA) avaliadas pelos pais para a dor e bem-estar geral. O CHAQ discriminou clinicamente as crianças saudáveis das crianças com AIJ sistémica, poliarticular e oligoarticular estendida, as quais apresentavam um maior grau de incapacidade e dor e um menor bem-estar, em comparação com os controlos saudáveis.

O Quadro III descreve os resultados do CHQ (média ± desvio padrão) para os 15 conceitos de saúde e os *scores* físico e psicosocial. O CHQ discriminou clinicamente as crianças saudáveis das crianças com AIJ sistémica, poliarticular e oligoarticular estendida, as quais apresentavam um menor bem-estar físico e psicosocial quando comparadas com os controlos saudáveis.

Adaptação inter-cultural

A versão portuguesa do CHAQ foi adaptada culturalmente com 3 traduções e 3 retroversões; existiu uma concordância com a versão original em inglês dos Estados Unidos da América do CHAQ em pelo menos 2 de 3 retroversões para 54/69 (79%) das linhas de tradução. A versão portuguesa do CHQ foi

Quadro I. Características demográficas e clínicas da amostra de crianças portuguesas

	Início sistémico n=22	Início poliarticular n=13	Oligoarticular estendida n=18	Oligoarticular persistente n=16	Controlos saudáveis n=61
Idade da criança[1]	10,0±5,0	12,2±5,0	12,8±5,0	10,9±4,9	12,9±4,8
Duração da doença[1]	6,0±4,0	5,4±4,6	6,3±3,9	5,4±3,8	
VS[1,2]	47,5±29,1	45,8±28,9	22,6±18,1	13,4±8,4	
EVA (0-10cm)[1,2]	3,4±3,2	4,0±1,9	2,1±1,3	1,3±1,9	
Nº articulações tumefactas[1]	3,9±6,7	4,7±4,7	1,9±2,0	0,9±1,1	
Nº articulações dolorosas[1,2]	5,3±9,8	16,5±14,2	3,2±3,6	1,4±1,5	
Nº articulações com limitação da mobilidade[1,2]	7,3±8,2	14,8±13,4	3,7±3,9	1,4±1,5	
Nº de articulações activas[1,2]	4,9±8,1	11,2±10,5	2,7±2,6	1,3±1,4	
Feminino[3]	14 (64%)	10(77%)	13 (76%)	7 (44%)	30 (49%)
Manifestações sistémicas persistentes[3]	17 (85%)	0	0	0	
Anticorpos antinucleares[3]	1 (5%)	4 (31%)	4 (24%)	9 (56%)	
Factores reumatoides[3]	0	5 (42%)	0	0	
Irite crónica[3]	0	0	3 (17%)	4 (25%)	

[1] média±DP; [2] ANOVA p<0,005; [3] número e percentagem

adaptada culturalmente com 3 traduções e 3 retroversões; existiu uma concordância com a versão original em Inglês dos Estados Unidos da América do CHQ em pelo menos 2 de 3 retroversões para 93/99 (94%) das linhas de tradução.

Compreensibilidade do texto

Das 69 linhas traduzidas do CHAQ, todas foram entendidas por mais de 80% dos 20 pais testados (mediana 100%, limites 90-100%). Das 99 linhas traduzidas do CHQ, todas foram entendidas por mais de 80% dos pais (mediana 100%, limites 95--100%). Não foi necessário alterar o texto da versão portuguesa do CHAQ-CHQ após esta técnica.

Aspectos psicométricos

Estatística descritiva (primeira premissa de Likert)

Para o CHAQ o número total de respostas em falta foi de 3,9% (limites 0,4-9,2%), sendo que os domínios vestir e actividades foram os que tiveram mais respostas em falta; o padrão de resposta apresentava um desvio no sentido da normalidade das capacidades funcionais. Todas as opções de resposta foram utilizadas com excepção de algumas opções nos domínios comer, higiene, agarrar e actividades. A média ± desvio padrão dos itens não foram equivalentes para a maioria dos domínios do CHAQ (com excepção do domínio andar). Para o CHQ o número total de respostas em falta foi de 2,3% (limites 0,4-4,6%); o padrão de resposta apresentava uma distribuição normal excepto para as variáveis papel/limitações sociais-emocionais/ /comportamentais (REB), papel/limitações sociais- físico (RP) e actividades familiares (FA). Todas as opções de resposta foram utilizadas com excepção de algumas opções nas variáveis comportamento (BE) e auto-estima (SE). A média ± desvio padrão dos itens foram aproximadamente equivalentes com excepção do GH.

Correlação itens-escala (segunda premissa de Likert)

As correlações de Pearson para a relação itens-escala corrigidas para sobreposição não foram equivalentes para a maioria dos domínios do CHAQ, com excepção do domínio andar, mas foram equivalentes para a maioria dos conceitos de saúde do CHQ, com excepção das variáveis BE, saúde mental (MH), SE, percepção de saúde geral (GH), impacto parental – emocional (PE), impacto parental – tempo (PT) e FA.

Consistência interna dos itens (terceira premissa de Likert)

As correlações de Pearson itens-escala foram ≥0,4 para 90% dos itens do CHAQ (excepto para levan-

Quadro II. Os 8 domínios do CHAQ (variação de 0-3), índice de incapacidade (DI) (variação de 0-3) e as 2 escalas analógicas (EVA) (variação de 0-10 cm) para dor e avaliação do bem-estar geral da criança. Pontuações baixas indicam melhor capacidade funcional. Os valores são expressos em médias±DP.

	Início sistémico n=22	Início poliarticular n=13	Oligoarticular estendida n=18	Oligoarticular persistente n=16	Controlos saudáveis n=61
Vestir-se	1,7±1,2	1,9±1,3	0,8±1,0	0,5±0,8	0,3±0,6
Levantar-se	1,1±1,1	1,8±1,2	0,3±0,6	0,4±0,6	0,0±0,1
Comer	0,6±0,8	1,1±1,1	0,4±0,6	0,4±0,7	0,1±0,4
Andar	0,7±0,9	1,5±0,8	0,4±0,7	0,4±0,7	0,0±0,3
Higiene	1,2±1,0	1,6±1,3	0,3±0,8	0,4±0,6	0,0±0,1
Alcançar	1,2±1,1	1,6±1,2	0,6±0,9	0,5±0,6	0,0±0,2
Agarrar	0,8±1,1	1,4±1,3	0,5±0,8	0,2±0,4	0,0±0,1
Actividades	1,2±1,1	1,7±1,2	0,7±0,9	0,4±0,5	0,2±0,4
Índice de incapacidade	1,1±0,8	1,6±1,0	0,5±0,5	0,4±0,4	0,1±0,2
Avaliação da dor pelos pais	3,6±3,0	2,9±2,6	2,7±2,6	1,8±2,8	0,1±0,5
Avaliação do bem-estar geral pelos pais	3,6±3,0	4,0±2,6	2,7±2,2	1,8±1,7	0,1±0,2

ANOVA $p<0.001$ para todas as variáveis

tar-se e actividades) e para 73% dos itens do CHQ (excepto BE, MH e GH).

Validade discriminativa dos itens

Para o CHAQ as correlações de Pearson itens-escala corrigidas para sobreposição foram maiores do que pelo menos um desvio padrão (dp) da correlação com outras escalas para 62% dos itens (10% para 2 dp); a falência da escala verificou-se para vestir-se e arranjar-se, levantar-se, comer e alcançar, casos em que os itens estavam melhor correlacionados com outros domínios. Para o CHQ as correlações de Pearson itens-escala foram maiores do que pelo menos um dp da correlação com outras escalas para 92% dos itens (73% para 2 dp); a falência da escala verificou-se apenas para BE e GH.

Efeito de chão e de tecto

O efeito de chão do CHAQ tinha uma mediana de 82% (limites 64-84%), enquanto para o CHQ a mediana era de 1% (limites 0-73%). O efeito de tecto do CHAQ tinha uma mediana de 0% (limites 0-0%), enquanto o CHQ tinha uma mediana de 26% (limites 6-76%).

Consistência interna da escala alfa de Cronbach

O alfa de Cronbach era de ≥ 0,7 para 7/8 (88%) dos domínios do CHAQ (global 0,96; limites 0,3-0,9) com a excepção de levantar-se (0,31). O alfa de Cronbach era de ≥ 0,7 para 9/11 (82%) dos conceitos de saúde mensuráveis (i.e. conceitos de saúde com mais de 1 item) do CHQ (global 0,96; limites 0,3-0,9) com a excepção de BE (0,64) e GH (0,51).

Correlações inter-escalas

A correlação de Pearson de cada domínio com todos os outros domínios do CHAQ-CHQ era inferior ao seu alfa de Cronbach apenas para caminhar, agarrar e actividades no caso do CHAQ. Para o CHQ todos os 11 conceitos de saúde mensuráveis tinham correlações inferiores ao seu alfa de Cronbach com excepção de GH e PT.

Correlação teste-reteste

Após uma média de 6,5 dias (limites 2-7; número de doentes com AIJ que repetiram o teste 10) o coeficiente de correlação dos 8 domínios do CHAQ demonstrou uma razoável a boa reprodutibilidade, com uma média de 0,8 (limites 0,2-0,9), com pouca reprodutibilidade apenas para levantar-se (0,2). Também os 15 conceitos de saúde do CHQ demonstraram uma razoável a boa reprodutibilidade, com uma média de 0,8 (limites 0,1-0,9), com pouca reprodutibilidade apenas para PE (0,1).

Validade externa

A correlação de Spearman do CHAQ com as variá-

Quadro III. Os 15 domínios de saúde do CHQ (e as suas abreviaturas) e as 2 pontuações resumo. Pontuações mais altas indicam maior bem-estar físico ou psicosocial (variação de 0-100). Os valores são expressos em médias±DP.

	Início sistémico n=22	Início poliarticular n=13	Oligoarticular estendida n=18	Oligoarticular persistente n=16	Controlos saudáveis n=61
Saúde global (GGH)	40,0±23,3	30,0±27,4	40,0±29,3	50,6±24,0	88,5±15,9
Desempenho físico (PF)	59,9±35,4	51,7±33,9	71,3±23,8	82,6±14,0	98,8±8,0
Papel/limitações sociais--emocionais/comportamentais (REB)	64,6±38,4	66,7±26,1	74,7±29,2	90,3±15,6	98,2±6,1
Papel/limitações sociais- físico (RP)	61,1±38,8	60,6±38,2	72,2±30,8	94,8±11,7	99,7±2,1
Dor corporal/desconforto (BP)	58,6±25,5	58,3±24,8	63,3±26,6	72,5±24,1	93,4±12,9
Comportamento (BE)	77,8±15,9	90,0±7,5	78,8±11,9	84,7±11,7	85,2±10,9
Comportamento global (GBE)	65,5±23,6	73,8±27,2	61,4±23,0	70,6±21,5	81,3±18,0
Saúde mental (MH)	66,7±15,9	76,3±22,7	76,1±15,9	79,1±8,4	79,8±16,0
Auto-estima (SE)	72,0±19,7	74,5±18,8	76,0±20,2	74,2±17,5	90,2±14,3
Percepção de saúde geral (GH)	49,8±13,0	48,1±15,3	58,1±15,9	62,3±11,2	80,1±13,1
Alteração na saúde (CH)	59,1±31,4	57,7±35,9	61,1±30,0	66,7±27,8	58,9±18,4
Impacto parental – emocional (PE)	38,6±21,6	32,1±18,9	39,4±27,7	64,6±23,5	80,5±24,8
Impacto parental – tempo (PT)	56,8±33,4	61,5±25,1	78,4±23,5	82,6±15,7	95,1±10,6
Actividades familiares (FA)	68,5±27,2	82,3±22,2	89,5±12,9	96,4±6,4	92,6±16,6
Coesão familiar (FC)	66,4±30,7	76,3±23,8	68,3±25,3	71,3±22,1	75,6±22,5
Resumo da pontuação física (PhS)	38,5±13,5	37,6±12,3	43,3±10,3	50,1±4,7	55,0±2,4
Resumo da pontuação psicosocial (PsS)	46,3±6,0	50,2±7,1	48,9±7,7	50,1±5,5	54,2±6,9

ANOVA p<0,05 excepto para CH (p=0,87) e FC (p=0,55)

veis clínicas da AIJ (8) mostrou uma mediana de 0,6 (limites 0,5 a 0,7), sendo o número de articulações com limitação da mobilidade a variável com correlação mais forte (r=0,7). No CHQ a correlação média foi de -0,6 (limites -0,8 a-0,5) para o *score* físico e de -0,3 (limites -0,4 a -0,2) para o *score* psicosocial. A melhor correlação verificou-se entre a avaliação dos pais da sensação de bem-estar e ambos os *scores*, respectivamente -0,4 e -0,8.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram que a versão portuguesa do CHAQ-CHQ tem excelentes propriedades psicométricas.

Neste estudo a versão portuguesa do CHAQ foi adaptada culturalmente a partir do original em inglês dos Estados Unidos da América com 3 traduções e 3 retroversões. Este questionário específico para uma doença provou a sua capacidade para discriminar clinicamente as crianças saudáveis das crianças com AIJ sistémica, poliarticular e oligoarticular estendida, as quais apresentavam um maior grau de incapacidade e dor e um menor bem-estar, por comparação com os controlos saudáveis. Os domínios mais problemáticos foram o levantar-se, comer e alcançar, que mostraram diferentes médias ± dp e problemas de consistência interna, validade discriminativa, alfa de Cronbach e fiabilidade teste – repetição do teste.

Neste estudo a versão portuguesa do CHQ foi adaptada culturalmente a partir do original em inglês dos Estados Unidos da América com 3 traduções e 3 retroversões. O questionário genérico CHQ provou ser menos capaz para discriminar os vários subtipos de AIJ do que o CHAQ, sendo que as crianças com AIJ sistémica, poliarticular e oligoarticular estendida, tinham um menor bem-estar físico e psicosocial quando comparadas com os controlos saudáveis. Alguns problemas estatísticos secundários foram encontrados na correlação es-

cala-item, consistência interna dos itens, validade discriminativa e alfa de Cronbach para BE e GH.

Em conclusão, as versões portuguesas do CHAQ e do CHQ são um instrumento fiável e válido para a avaliação funcional, física e psicosocial das crianças com AIJ.

Referências:

1. Singh G, Athreya B, Fries Jf, Goldsmith Dp: Measurement Of Health Status In Children With Juvenile Rheumatoid Arthriti S . Arthritis Rheum 1994; 37: 1761-9.
2. Landgraf Jm, Abetz L, Ware Je: The Chq User's Manual. 1st Ed., Boston, The Health Institute, New England Medical Center, 1996.
3. Ruperto N, Martini A , For Printo: A European Network For Randomised ActiveLy Controlled Clinical Trials In Paediatric Rheumatic Diseases: Parenteral Methotrexate In Medium Versus Higher Doses In Juvenile Chronic Arthritis. "XIV Eular And VI European Paediatric Rheumatology Congress". Ann Rheum Dis 1999; Conference Proceedings , Abstr. 105, Pg 25.
4. Ruperto N, Martini A, For Printo: Use of Unlabelled And Off Licence Drugs In Children. A European Paediatric Rule Is Needed To Protect Children. Bmj 2000; 320: 1210-1.
5. Brunnerhi, Gianninie H: Evidence – Based Medicine In Pediatric Rheumatology. Clin Exp Rheumatol 2000; 18: 407-14.
6. Ruperto N, Ravelli A, Pistorio A Et Al.: Cross - Cultural Adaptation And Psychometric Evaluation Of The Childhood Health Assessment Questionnaire (Chaq) And The Child Health Questionnaire (Chq) In 32 Countries. Review Of The General Methodology. Clin Exp Rheumatol 2001; 19 (Suppl. 23): S1-S9.
7. Petty Re, Southwood Tr, Baum J Et Al.: Revision Of The Proposed Classification Criteria For Juvenile Idiopathic Arthritis: Durban, 1997. J Rheumatol 1998; 25: 1991-4.
8. Giannini Eh, Ruperto N, Ravelli A , Lovell D J, Felson D T, Martini A: Preliminary Definition Of Improvement In Juvenile Arthritis. Arthritis Rheum 1997; 40:1202-9.

Endereço para correspondência:
Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Rua D. Estefânia, 177 – 1ºD
1000-154 Lisboa
E-mail: info@spreumatologia.pt

1. Questionário de Avaliação de Saúde em Crianças (CHAQ)

2. Nesta secção estamos interessados em avaliar como a doença do seu filho(a) afecta as suas actividades diárias. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários nas costas desta página. Nas questões seguintes, por favor marque a resposta que melhor descreve as actividades habituais do seu filho(a) (em média durante um dia inteiro) **DURANTE A SEMANA PASSADA. ASSINALE SÓ AQUELAS DIFICULDADES OU LIMITAÇÕES QUE SÃO DEVIDAS À DOENÇA.** Se a maioria das crianças da idade do seu filho não fazem uma certa actividade, por favor marque-a como «Não Aplicável». **Por exemplo, se o seu filho tem dificuldade ou é incapaz de desempenhar uma certa actividade porque é muito novo e não porque esteja LIMITADO PELA DOENÇA, por favor marque-a como «Não Aplicável».**

3.		**Sem NENHUMA dificuldade**	**Com ALGUMA dificuldade**	**Com MUITA dificuldade**	**INCAPAZ de fazer**	**Não aplicável**
4	**VESTIR-SE E ARRANJAR-SE**					
5	O seu filho é capaz de:					
6	– Vestir-se, incluindo atar os atacadores e abotoar os botões ?	☐	☐	☐	☐	☐
7	– Lavar o cabelo ?	☐	☐	☐	☐	☐
8	– Tirar as meias ?	☐	☐	☐	☐	☐
9	– Cortar as unhas das mãos ?	☐	☐	☐	☐	☐
10	**LEVANTAR-SE**					
11	O seu filho é capaz de:					
12	– Levantar-se duma cadeira baixa ou do chão ?	☐	☐	☐	☐	☐
13	– Entrar e sair da cama ou levantar-se no berço?	☐	☐	☐	☐	☐

14 ALIMENTAR-SE

15 O seu filho é capaz de :

16 – Cortar a carne ?	☐	☐	☐	☐	☐
17 – Levar uma chávena ou um copo à boca?	☐	☐	☐	☐	☐
18 – Abrir uma caixa nova de papa ou cereais ?	☐	☐	☐	☐	☐

19 ANDAR

20 O seu filho é capaz de:

21 – Andar na rua, em terreno plano ?	☐	☐	☐	☐	☐
22 – Subir cinco degraus ?	☐	☐	☐	☐	☐

23 *Por favor marque qualquer APOIO ou INSTRUMENTO que o seu filho use habitualmente para alguma das actividades acima indicadas:

24 – Bengala ☐

25 – Andarilho ☐

26 – Muleta ☐

27 – Cadeira de rodas ☐

– Instrumentos usados para se vestir (gancho de botões, puxador de fechos, calçadeira comprida, etc.) ☐

– Adaptador de lápis ou utensílios especiais ☐

– Cadeira mais alta ☐

– Outros (Indique:……) ☐

28 *Por favor indique em que tipo de actividades o seu filho habitualmente necessita da ajuda de outra pessoa, DEVIDO À DOENÇA:

29 – Vestir-se e arranjar-se ☐

30 – Levantar-se ☐

– Alimentar-se ☐

– Andar ☐

31	**Sem NENHUMA dificuldade**	**Com ALGUMA Dificuldade**	**Com MUITA dificuldade**	**INCAPAZ de fazer**	**Não Aplicável**
32 HIGIENE					
33 O seu filho é capaz de:					
34 – Lavar e enxugar o corpo inteiro?	☐	☐	☐	☐	☐
35 – Tomar um banho de banheira (entrar e sair da banheira)?	☐	☐	☐	☐	☐
36 – Sentar-se e levantar-se na sanita ou no bacio ?	☐	☐	☐	☐	☐
37 – Lavar os dentes com a escova ?	☐	☐	☐	☐	☐
38 – Pentear/escovar o cabelo ?	☐	☐	☐	☐	☐
39 ALCANÇAR					
40 O seu filho é capaz de:					
41 – Alcançar e tirar para baixo um objecto pesado, como um jogo grande ou livro, situado em local um pouco acima da sua cabeça ?	☐	☐	☐	☐	☐
42 – Dobrar-se para apanhar roupa ou um papel do chão?	☐	☐	☐	☐	☐
43 – Vestir uma camisola pela cabeça ?	☐	☐	☐	☐	☐
44 – Virar o pescoço para olhar para trás por cima do ombro ?	☐	☐	☐	☐	☐

45 AGARRAR
46 O seu filho é capaz de:

47 – Escrever ou rabiscar com uma caneta ou um lápis ?	☐	☐	☐	☐	☐
48 – Abrir portas de carros ?	☐	☐	☐	☐	☐
49 – Abrir frascos que já tenham sido abertos antes ?	☐	☐	☐	☐	☐
50 – Abrir e fechar torneiras ?	☐	☐	☐	☐	☐
51 – Abrir uma porta quando tem que rodar a maçaneta?	☐	☐	☐	☐	☐

52 ACTIVIDADES
53 O seu filho é capaz de:

54 – Fazer recados e compras ?	☐	☐	☐	☐	☐
55 – Entrar e sair de um carro, de um carro de brincar ou da carrinha da escola?	☐	☐	☐	☐	☐
56 – Andar de bicicleta ou triciclo ?	☐	☐	☐	☐	☐
57 – Fazer tarefas domésticas (lavar pratos, fazer a cama, limpar o quarto, aspirar, despejar o lixo, etc)	☐	☐	☐	☐	☐
58 – Correr e brincar ?	☐	☐	☐	☐	☐

59 *Por favor marque qualquer APOIO ou INSTRUMENTO que o seu filho use nas actividades acima indicadas:

60 – Assento de sanita elevado ☐
61 – Assento de banheira ☐
62 – Dispositivo para abrir frascos (que tenham sido anteriormente abertos) ☐
– Barra de apoio na banheira ☐
– Utensílios de cabo longo para apanhar objectos ☐
– Utensílios de cabo longo para usar na casa de banho ☐

63 *Por favor indique em que tipo de actividades o seu filho habitualmente necessita de ajuda de outra pessoa, DEVIDO À DOENÇA:

64 – Higiene ☐
65 – Alcançar ☐
– Agarrar e abrir coisas ☐
– Recados e pequenas tarefas ☐

66 DOR: Estamos tambem interessados em saber se o seu filho tem ou não sido afectado pela dor devida à sua doença. Que intensidade de dor pensa que o seu filho teve devido à sua doença, NA SEMANA PASSADA? Coloque uma marca na linha abaixo, para indicar a gravidade da dor

67 SEM Dor 0 ├──┤ 100 DOR muito forte

68 AVALIAÇÃO GLOBAL: Considerando todas as formas como a artrite afecta o seu filho, indique como ele está a passar colocando uma marca na linha abaixo

69 Muito Bem 0 ├──┤ 100 Muito MAL

Figura 1: Questionário de Avaliação de Saúde em Crianças (CHAQ) 1990 Original version Singh G et al. 1998 Cross-cultural adapted version Melo-Gomes JA e al for PRINTO.