

Versão final do questionário CPCHILD® traduzido e adaptado para a língua portuguesa no Brasil
Prioridades do Cuidador e Índice de Saúde da Criança com Deficiências

Instruções

1. Este questionário é sobre a saúde, conforto e bem-estar do seu filho(a), e o cuidado no atendimento de suas necessidades.
2. Leia as instruções com atenção.
3. Responda todas as perguntas fazendo um círculo em volta do número que corresponde à melhor resposta. Você pode acrescentar comentários ou esclarecimentos no espaço deixado em baixo de cada pergunta.

NÍVEL DE AJUDA

Por exemplo:									T O T A L	M É D I O	M Í N I M O O U S U P E R V I S I O N A D O	N E N H U M
Considere como cada uma das atividades a seguir é geralmente realizada por/para seu filho(a). Avalie o grau de dificuldade de cada uma dessas atividades nas últimas 2 semanas e indique o nível de ajuda que foi necessária para ajudar seu filho(a) a realizá-las.												
Nas últimas duas semanas, qual foi o grau de dificuldade nas seguintes situações?		<i>Impossível</i>	<i>Muito Difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Um Pouco Difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muito Fácil</i>	<i>Sem Nenhum Problema</i>				
1. Colocar meias, sapatos, aparelho ortopédico, etc.?		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

No exemplo acima, a tarefa de colocar meias, sapatos, aparelhos ortopédicos, etc. foi considerada *muito fácil*, e a criança exigiu um nível de auxílio *mínimo ou supervisionado* para realizá-la.

4. Ao final de cada seção, há um espaço para você adicionar quaisquer outros itens, que na sua opinião, estejam faltando no questionário e que você julgue importante para a saúde, conforto e bem-estar de seu filho(a).

Nome da criança:.....

Nome do pai/mãe ou cuidador(a) que preencheu este questionário:.....

Data:...../...../.....

SEÇÃO 1: CUIDADOS PESSOAIS / ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

NÍVEL DE AJUDA

Considere como cada uma das atividades a seguir é geralmente realizada por/para seu filho(a). Avalie o grau de dificuldade de cada uma dessas atividades nas últimas 2 semanas e indique o nível de ajuda que foi necessária para ajudar seu filho(a) a realizá-las.								T O T A L	M É D I O	M Í N I M O O U S U P E R V I S I O N A D O	N E N H U M
Nas últimas duas semanas, qual foi o grau de dificuldade nas seguintes situações:	<i>Impossível</i>	<i>Muito Difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Um Pouco Difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muito Fácil</i>	<i>Sem Nenhum Problema</i>				
1. Alimentar seu filho(a)? (da maneira usual, por exemplo, oralmente, por sonda ou ambos).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2. Manter a higiene bucal? (manutenção da boca e dos dentes limpos).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3. Dar banho em seu filho(a)?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4. Utilizar o banheiro? (urinar, defecar e limpar-se).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5. Trocar fraldas (roupas de baixo)?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6. Vestir ou tirar roupas da parte de cima do corpo? (camisa, casaco, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7. Vestir ou tirar roupas da parte de baixo do corpo? (calças, abrigo, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
8. Colocar meias, sapatos, aparelho ortopédico, etc.?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

9. Cuidar dos cabelos? (lavar, secar, escovar, pentear, trançar, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A. Outros cuidados pessoais? Especifique:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B. Outros cuidados pessoais? Especifique:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

SEÇÃO 2: POSICIONAMENTO, TRANSFERÊNCIA E MOBILIDADE

NÍVEL DE AJUDA

<p>Considere como cada uma das atividades a seguir é geralmente realizada por/para seu filho(a). Avalie o grau de dificuldade de cada uma dessas atividades nas últimas 2 semanas e indique o nível de ajuda que foi necessária para ajudar seu filho(a) a realizá-las.</p>								T O T A L	M É D I O	M Í N I M O O U S U P E R V I S I O N A D O	N E N H U M
<p>Nas últimas duas semanas, qual foi o grau de dificuldade nas seguintes situações:</p>	<i>Impossível</i>	<i>Muito Difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Um Pouco Difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muito Fácil</i>	<i>Sem Nenhum Problema</i>				
10. Deitar e levantar da cama?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. Transferir para ou de uma cadeira de rodas ou cadeira?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. Permanecer sentado(a) na cadeira de rodas ou cadeira?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. Manter-se em pé para se exercitar ou mudar de lugar?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

14. Locomover-se pela casa? (do jeito que for possível).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. Locomover-se fora de casa? (do jeito que for possível).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. Entrar e sair de veículos? (carro, van ou ônibus).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. Ir a lugares públicos? (praças, cinema, teatros, excursões, etc.).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. Outra atividade? Especifique:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. Outra atividade? Especifique:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

SEÇÃO 3: CONFORTO E EMOÇÕES

GRAU

Nas últimas 2 semanas, considere se durante as atividades a seguir seu filho(a) teve dor ou desconforto. Avalie a frequência e o grau da dor ou desconforto.							I N T E N S O	M É D I O	L E V E	N E N H U M
Nas últimas duas semanas, com que frequência seu filho(a) teve dor ou desconforto:	<i>Todos os dias</i>	<i>Com muita frequência</i>	<i>Com frequência regular</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Uma ou duas vezes</i>	<i>Nenhuma vez</i>				
18. Ao comer ou beber ou ser alimentado?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. Durante o uso do banheiro? (urinar, defecar, limpar-se, trocar fraldas, etc.).	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. Enquanto colocava ou tirava roupas?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. Ao se transferir de um lugar para outro ou mudar de posição?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. Na posição sentada?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

23. Deitado(a) na cama?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. Que perturbou o sono de seu filho(a)?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. Durante outra atividade? Especifique:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. Durante outra atividade? Especifique:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
Nas últimas <u>duas</u> semanas, com que frequência seu filho(a) ficou:	<i>Todos os dias</i>	<i>Com muita frequência</i>	<i>Com frequência regular</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Uma ou duas vezes</i>	<i>Nenhuma vez</i>	GRAU			
							I N T E N S O	M É D I O	L E V E U	N E N H U M
25. Agitado(a), aborrecido(a) ou bravo(a)?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. Infeliz ou triste?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

SEÇÃO 4: COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO SOCIAL

Considere como cada uma das atividades a seguir é **geralmente** realizada por/para seu filho(a). Classifique o **grau de dificuldade** de cada uma dessas atividades nas últimas 2 semanas.

Nas últimas <u>duas</u> semanas, qual foi o grau de dificuldade que seu filho(a) teve para:	<i>Impossível</i>	<i>Muito Difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Um Pouco Difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muito Fácil</i>	<i>Sem Nenhum Problema</i>
27. Compreender você?	0	1	2	3	4	5	6
28. Ser compreendido por você?	0	1	2	3	4	5	6
29. Na comunicação com pessoas que não conhecem bem seu filho(a)?	0	1	2	3	4	5	6

30. Brincar sozinho(a)?	0	1	2	3	4	5	6
31. Brincar com outras pessoas?	0	1	2	3	4	5	6
32. Frequentar a escola, a creche ou a alfabetização?	0	1	2	3	4	5	6
33. Participar em atividades recreativas (nadar, interagir com a família e amigos, etc.)?	0	1	2	3	4	5	6
4A. Outra atividade social? Especifique:	0	1	2	3	4	5	6
4B. Outra atividade social? Especifique:	0	1	2	3	4	5	6

SEÇÃO 5: SAÚDE

Nas últimas <u>duas semanas</u>	Faça um círculo ao redor da resposta mais apropriada					
34. Quantas vezes seu filho(a) teve que ir ao médico ou ao hospital?	<i>Ficou internado por mais de 1 semana</i>	<i>Ficou internado menos de 1 semana</i>	<i>3 ou mais vezes</i>	<i>Duas vezes</i>	<i>Uma vez</i>	<i>Nenhuma vez</i>
	0	1	2	3	4	5
35. Como você classificaria a saúde geral de seu filho(a)?	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Boa</i>	<i>Muito boa</i>	<i>Excelente</i>
	0	1	2	3	4	5

36. Liste os medicamentos tomados por seu filho(a) nas últimas 2 semanas:

0. Nenhum medicamento

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

SEÇÃO 6: QUALIDADE DE VIDA GERAL DE SEU FILHO(A)

Nas <u>duas últimas semanas</u>	<i>Muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Boa</i>	<i>Muito boa</i>	<i>Excelente</i>
37. Como você classificaria a qualidade de vida geral de seu filho(a)?	0	1	2	3	4	5

SEÇÃO 7: IMPORTÂNCIA DOS ITENS PARA A QUALIDADE DE VIDA DE SEU FILHO(A)

No atual estado de seu filho(a), qual é a importância desses itens na qualidade de vida dele(a)?	<i>O menos importante</i>	<i>Não muito importante</i>	<i>Um pouco importante</i>	<i>Mais ou menos importante</i>	<i>Importante</i>	<i>O mais importante</i>
1. Comer ou beber ou ser alimentado	0	1	2	3	4	5
2. Manter a higiene bucal	0	1	2	3	4	5
3. Tomar banho ou lavar-se	0	1	2	3	4	5
4. Usar o banheiro ou fazer a higiene	0	1	2	3	4	5
5. Trocar fraldas ou roupa de baixo	0	1	2	3	4	5
6. Colocar ou tirar roupas da parte de cima do corpo	0	1	2	3	4	5
7. Colocar ou tirar roupas da parte de baixo do corpo	0	1	2	3	4	5
8. Colocar ou usar calçados	0	1	2	3	4	5
9. Cuidar dos cabelos ou se arrumar	0	1	2	3	4	5
10. Deitar-se e levantar-se da cama	0	1	2	3	4	5
11. Transferir-se para a cadeira de rodas ou cadeira ou sair dela	0	1	2	3	4	5
12. Permanecer sentado(a) na cadeira de rodas ou cadeira	0	1	2	3	4	5
13. Ficar em pé para se exercitar ou mudar de lugar	0	1	2	3	4	5
14. Locomover-se em ambientes fechados	0	1	2	3	4	5
15. Locomover-se em ambientes externos	0	1	2	3	4	5

16. Entrar e sair de veículos	0	1	2	3	4	5
17. Visitar lugares públicos	0	1	2	3	4	5
18. Conforto durante a alimentação	0	1	2	3	4	5
19. Conforto ao usar o banheiro	0	1	2	3	4	5
20. Conforto ao colocar ou tirar roupas	0	1	2	3	4	5
21. Conforto ao se transferir de um lugar para outro ou mudar de posição	0	1	2	3	4	5
22. Conforto enquanto está sentado(a)	0	1	2	3	4	5
23. Conforto enquanto está deitado(a)	0	1	2	3	4	5
24. Conforto enquanto dorme	0	1	2	3	4	5
25. Estado emocional ou comportamento	0	1	2	3	4	5
26. Felicidade	0	1	2	3	4	5
27. Capacidade de compreender você	0	1	2	3	4	5
28. Capacidade de ser compreendido(a) por você	0	1	2	3	4	5
29. Capacidade de comunicar-se com outras pessoas	0	1	2	3	4	5
30. Capacidade de brincar sozinho(a)	0	1	2	3	4	5
31. Capacidade de brincar com outras pessoas	0	1	2	3	4	5
32. Capacidade de frequentar a escola, a creche ou a alfabetização	0	1	2	3	4	5
33. Capacidade de participar de atividades recreativas	0	1	2	3	4	5
34. Minimizar idas ao médico e hospitalização	0	1	2	3	4	5
35. Saúde em geral	0	1	2	3	4	5
36. Minimizar o número de medicamentos	0	1	2	3	4	5

SEÇÃO 8: INFORMAÇÕES SOBRE SEU FILHO(A)

1. Sexo da criança:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
2. Qual é a data de nascimento de seu filho(a)?	____ / ____ / _____ Dia Mês Ano	
3. Qual o maior nível escolar completado por seu filho(a)? (marque apenas um)		
<input type="checkbox"/> Pré-escola	<input type="checkbox"/> 5º Ano	<input type="checkbox"/> 9º Ano
<input type="checkbox"/> 1º Ano	<input type="checkbox"/> 6º Ano	<input type="checkbox"/> 1ª Série do Ens. Médio
<input type="checkbox"/> 2º Ano	<input type="checkbox"/> 7º Ano	<input type="checkbox"/> 2ª Série do Ens. Médio
<input type="checkbox"/> 3º Ano	<input type="checkbox"/> 8º Ano	<input type="checkbox"/> 3ª Série do Ens. Médio
<input type="checkbox"/> 4º Ano		
Frequenta(ou) ensino não seriado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, há(por) quanto tempo? _____		

SEÇÃO 9: INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ

1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
2. Qual é a sua data de nascimento?	____ / ____ / _____ Dia Mês Ano	
3. Qual a melhor descrição de sua situação em relação a trabalho? (marque todas as alternativas que se apliquem)		
<input type="checkbox"/> Não trabalho atualmente devido à condição de saúde de meu filho(a).	<input type="checkbox"/> Não estou trabalhando por outros motivos.	<input type="checkbox"/> Estou procurando trabalho fora de casa.
<input type="checkbox"/> Trabalho em tempo integral ou meio período, em casa ou fora	<input type="checkbox"/> Sou dona-de-casa em período integral	
4. Qual a melhor descrição de sua relação com a criança?		
<input type="checkbox"/> Pai/mãe biológico (a)	<input type="checkbox"/> Padrasto/madrasta	<input type="checkbox"/> Pai/mãe de criação
<input type="checkbox"/> Pai/mãe adotivo (a)	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Cuidador Profissional
<input type="checkbox"/> Outro (Por favor explique):	

5. Em média, quantos dias por semana você é responsável por cuidar de sua criança? _____ dias por semana

6. Qual é o seu grau de escolaridade?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pré-escola | <input type="checkbox"/> 6º Ano | <input type="checkbox"/> 3ª Série do Ens. Médio |
| <input type="checkbox"/> 1º Ano | <input type="checkbox"/> 7º Ano | <input type="checkbox"/> Ensino Técnico |
| <input type="checkbox"/> 2º Ano | <input type="checkbox"/> 8º Ano | <input type="checkbox"/> Ensino Superior |
| <input type="checkbox"/> 3º Ano | <input type="checkbox"/> 9º Ano | <input type="checkbox"/> Pós-graduação
<i>Lato Sensu</i> |
| <input type="checkbox"/> 4º Ano | <input type="checkbox"/> 1ª Série do Ens. Médio | <input type="checkbox"/> Pós-graduação
<i>Stricto Sensu</i> |
| <input type="checkbox"/> 5º Ano | <input type="checkbox"/> 2ª Série do Ens. Médio | |

Frequenta(ou) ensino não seriado? () Sim () Não. Se sim, há(por) quanto tempo? _____

Quanto tempo você levou para responder somente a este questionário (em minutos):_____.

OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!