

Questionário de teste de habilidades com cadeira de rodas (WST-Q Brazil), Versão 4.3
Cadeira de rodas manual propulsionada pelo cuidador

Pergunta	Resposta
Nome do usuário da cadeira de rodas	
Nome do cuidador	
Data de aplicação do questionário (dia/mês/ano)?	
Você completou o questionário sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se você precisou de ajuda, qual o nome de quem te ajudou?	
Qual o vínculo entre você e o usuário de cadeira de rodas?	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Outro _____

INSTRUÇÕES

- Cópias desse questionário estão disponíveis no link: www.wheelchairskillsprogram.ca.
- Mais detalhes sobre o questionário podem ser encontrados no manual do programa WSP.
- Neste questionário você será perguntado sobre diferentes habilidades em cadeira de rodas que você pode fazer. Essas habilidades vão das mais básicas às mais avançadas.
- Não existem respostas “certas” ou “erradas”. O propósito do questionário é simplesmente nos ajudar a entender como você realiza manobras na cadeira de rodas.
- Provavelmente levará 20 minutos para você completar o questionário, mas por favor, leve o tempo que achar necessário.
- Caso o usuário tenha mais de uma cadeira de rodas, responda as perguntas levando em conta a que ele usa mais frequentemente.
- Se tiver qualquer comentário adicional, ao final do questionário, existe um espaço para registrá-los.
- Para cada habilidade individual, começando na página 3, você responderá quatro questões. As questões e as possíveis respostas serão apresentadas abaixo.

- Para cada habilidade, você deve responder a seguinte pergunta:

Pergunta: “Você pode fazer isto?”	
Possíveis Respostas	O que isso significa?
Sim	Eu consigo fazer a habilidade seguramente sem qualquer dificuldade.
Sim, mas com dificuldade	Sim, mas não tão bem como eu gostaria.
Não	Eu nunca fiz a habilidade ou eu não sinto que eu poderia fazê-la agora.
Não é possível com esta cadeira de rodas	Acadeira de rodas não tem os recursos para permitir esta habilidade (Esta opção só é apresentada para as habilidades em que essa pontuação é possível).

- Se um dos objetivos desse questionário é avaliar o quão confiante você se sente com estas habilidades, você também deverá responder as seguintes perguntas para cada habilidade:

Pergunta sobre Confiança: “Quão confiante você se sente”	
Possíveis Respostas	O que isso significa?
Completamente confiante	No momento, eu estou completamente confiante que posso realizar esta habilidade com segurança e consistência.
Um pouco confiante	No momento possuo alguma confiança de que posso realizar a manobra com segurança sempre que necessário
Nem um pouco confiante	No momento, não me sinto confiante para realizar essa manobra com segurança sempre que necessário.
Não é possível nessa cadeira de rodas	A cadeira de rodas não possui as partes necessárias para completar essa ação. (Quando aplicável)

- Se um dos propósitos deste questionário for avaliar a frequência com a qual você realiza a manobra, você deverá responder também a seguinte pergunta:

Pergunta: “Com que frequência faz isto?”	
Possíveis Respostas	O que isso significa?
Diariamente	Geralmente, uma vez por dia.
Semanalmente	Geralmente, pelo menos uma vez na semana.
Mensalmente	Geralmente, pelo menos uma vez por mês.
Anualmente	Geralmente, pelo menos uma vez por ano.
Nunca	Geralmente, menos frequentemente do que uma vez por ano ou nunca

- Se um dos propósitos do questionário for avaliar metas para treinamento, você deverá responder também a seguinte pergunta:

Pergunta: "Gostaria de treinar isto?"	
Possíveis Respostas	O que isso significa?
Sim	Eu estou interessado em receber treinamento para essa habilidade.
Não	Eu não estou interessado em receber treinamento para essa habilidade.

- Caso você possua alguma manobra que precise ser treinada, por favor, descreva-a(s) no espaço abaixo. Você terá chance de identificar outras metas posteriormente.

Por favor, leia as perguntas sobre as habilidades individuais que começam na próxima página. Para cada habilidade, registre as respostas nos espaços fornecidos.

#	Descrição da habilidade	Questão (Escolha apenas uma opção de resposta para cada pergunta)			
		Você pode fazer isto?	Quão confiante você se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
1	Ajustar as opções de posicionamento do usuário na cadeira de rodas (por exemplo, ajustar a inclinar a cadeira, reclinar o encosto, elevar o apoio de pés, remover apoio de braço).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível nessa cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2	Mover a cadeira de rodas em linha reta para frente por uma curta distância, por exemplo, ao longo de um corredor curto.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3	Mover a cadeira de rodas em linha reta para trás por uma curta distância, para se afastar de uma mesa, por exemplo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4	Girar a cadeira de rodas em torno de um pequeno espaço até ficar na direção oposta.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5	Girar a cadeira de rodas em torno de um canto enquanto move o usuário para frente, ex: canto do sofá.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6	Girar a cadeira de rodas em torno de um canto enquanto move o usuário para trás. Ex: canto de sofá.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7	Mover a cadeira de rodas lateralmente num espaço pequeno, para aproximar o usuário a uma bancada, por exemplo, e então voltar para onde estava.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8	Mover a cadeira de rodas para pegar um pequeno objeto, por exemplo, para pegar um livro, no chão a frente do usuário.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

#	Descrição da habilidade	Questão (Escolha apenas uma opção de resposta para cada pergunta)			
		Você pode fazer isto?	Quão confiante você se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
9	Ajudar no alívio do peso das nádegas do usuário, uma de cada vez ou as duas juntas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10	Transferir o usuário da cadeira de rodas para um banco de mesma altura da cadeira de rodas e depois retornar para a mesma.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11	Dobrar (fechar) a cadeira de rodas ou desmontá-la sem usar ferramentas, para, por exemplo guardá-la fora do caminho e, em seguida, abrir ou montá-la novamente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12	Abrir uma porta comum, movendo a cadeira de rodas, abrir uma porta, passar por ela, fechar a porta e voltar fazendo o mesmo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13	Mover a cadeira de rodas por uma distância maior, como por exemplo, uma superfície regular do tamanho de um campo de futebol.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14	Enquanto move a cadeira de rodas, desviar de pessoas que não notaram vocês.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15	Mover a cadeira de rodas subindo por uma inclinação leve, por exemplo uma rampa padrão.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

#	Descrição da habilidade	Questão (Escolha apenas uma opção de resposta para cada pergunta)			
		Você pode fazer isto?	Quão confiante você se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
16	Mover a cadeira de rodas descendo uma inclinação leve.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17	Mover a cadeira de rodas subindo uma inclinação íngreme (como 2x a inclinação da rampa padrão).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18	Mover a cadeira de rodas descendo uma inclinação íngreme.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19	Mover a cadeira de rodas através de uma leve inclinação lateral, por exemplo, quando atravessa uma calçada inclinada.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20	Mover a cadeira de rodas por uma curta distância em terreno irregular, como pedras pequenas, areia.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21	Passar com a cadeira de rodas por obstáculo acima da altura do chão, como o batente/soleira de uma porta.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
22	Passar com a cadeira de rodas por um vão, por exemplo, um grande buraco na rua para simplesmente passar por cima.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23	Passar com a cadeira de rodas por uma calçada baixa como, por exemplo, quando entra em um prédio.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

24	Descer uma calçada baixa com a cadeira de rodas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25	Passar com a cadeira de rodas por uma calçada alta, por exemplo na esquina de uma rua, sem uma rampa.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26	Descer uma calçada alta com a cadeira de rodas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27	Empinar e equilibrar a cadeira sobre as rodas traseiras por 30 segundos.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28	Manter a cadeira de rodas empinada enquanto a gira ao redor de um pequeno espaço até que complete uma volta.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29	Manter a cadeira de rodas empinada enquanto move a cadeira para frente ao descer uma rampa.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30	Manter a cadeira de rodas empinada enquanto move-a para frente e desce um degrau alto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31	Transferir o usuário do chão para a cadeira de rodas, por exemplo após uma queda.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32	Subir um pequeno lance de escada com corrimão, auxiliando o usuário de cadeira de rodas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33	Descer um pequeno lance de escada que tenha corrimão, auxiliando o usuário de cadeira de rodas.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco confiante	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Caso você tenha quaisquer comentários sobre as perguntas que respondeu acima, por favor, escreva-o(s) no espaço abaixo

Caso você tenha qualquer meta de treinamento que não tenha sido mencionada no questionário, por favor, descreva-a no espaço abaixo

Será gerado um pequeno relatório das respostas dadas por você nesse questionário. Caso você queira uma cópia para você ou para outra pessoa, por favor, anote o nome e endereço da pessoa a qual o relatório deve ser enviado.

Este é o fim do questionário. Obrigado por responder.