

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

Pergunta	Resposta
Nome do usuário da cadeira de rodas	
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?	
Se você teve ajuda, qual o vínculo entre você e a pessoa que te ajudou?	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Outra pessoa

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 conforme abaixo:

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	Minha cadeira 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 com esta cadeira de rodas	Minha cadeira 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 propósitos deste questionário for avaliar a frequência com a qual você realiza a habilidade, você deverá responder também a pergunta a seguir, para cada habilidade:

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 que uma vez por ano ou nunca

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

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.

Questões sobre habilidades individuais

#	Descrição da habilidade	Questão (Escolha apenas uma opção de resposta em cada pergunta)			
		Pode fazer isso?	Quão confiante se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
1	Ajustar todas as opções de posicionamento na cadeira de rodas (por exemplo, inclinação da cadeira, reclinar o encosto, elevar o apoio de pés e 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 com esta cadeira	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco	<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	<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	<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	<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	Virar a cadeira de rodas em torno de um canto enquanto se movimenta para frente, ex: contornando o 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	<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	Virar a cadeira de rodas em torno de um canto enquanto se move para trás, ex: contornando o 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	<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 chegar próximo a uma bancada de cozinha, 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	<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 alcançar algo no alto, por exemplo um botão alto no elevador	<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	<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	Questões (Escolha apenas uma resposta para cada pergunta)			
		Pode fazer isto?	Quão confiante se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
9	Mover a cadeira de rodas para pegar um pequeno objeto, por exemplo, para pegar um livro, no chão a sua frente.	<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	<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	Aliviar o peso de suas nádegas, 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	<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	Transferir-se 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	<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	Dobrar (fechar) sua 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 nesta cadeira	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nem um pouco	<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	Abrir uma porta comum, movendo-se com 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	<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	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	<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	Enquanto move a cadeira de rodas, desviar de pessoas que não notaram você.	<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	<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
16	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	<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	Questões (Escolha apenas uma resposta para cada pergunta)			
		Pode fazer isto?	Quão confiante se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
17	Mover 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	<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 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	<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 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	<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 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	<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	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	<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 obstáculo que se eleva 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	<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 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	<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	Subir 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	<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	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	<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	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	<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	Questões (Escolha apenas uma resposta para cada pergunta)			
		Pode fazer isto?	Quão confiante se sente?	Com que frequência faz?	Gostaria de treinar isto?
27	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	<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	Empinar-se 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	<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	Ficar empinado girando a cadeira de rodas 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	<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	Ficar empinado 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	<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	Ficar empinado enquanto move a cadeira de rodas 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	<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	Levantar-se 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	<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	Subir um pequeno lance de escada com corrimão, com sua 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	<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
34	Descer um pequeno lance de escada com corrimão, com sua 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	<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.