

Nome da criança:

Data de preenchimento (dia/mês/ano): ____ / ____ / ____

Preenchido pelo time de pesquisa

REB #: ____ Estudo: ____

Evento: · Basal · Pós-op. mês nº: ____

Questionário - Lista de Avaliação dos Desfechos de Marcha (GOAL™)
Versão para a criança

1. Queremos saber como você caminha e como é sua mobilidade.
2. Por favor, responda todas as perguntas fazendo um círculo ao redor do número que melhor descreve sua situação.
3. Você pode escolher adicionar mais itens que sejam importantes para você ao final do questionário.

Por exemplo:

A) Atividades da vida diária e independência								GRAU DE AJUDA				É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?		
Pense em como você <u>normalmente</u> realiza cada uma das seguintes atividades. 1) Avalie quão fácil ou difícil foi pra você executar cada uma destas atividades nas últimas 4 semanas ; E 2) Escolha o quanto de ajuda você precisou para realizar essas atividades; E 3) Selecione o quão importante é para você a meta de melhorar cada uma das seguintes atividades.								TOTAL	MODERADO	MÍNIMO/ SUPERVISIONADO	INDEPENDENTE	NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
Durante as 4 últimas semanas:	Extremamente difícil /Impossível	Muito difícil	Difícil	Um pouco difícil	Fácil	Muito fácil	Sem problema nenhum							
1. Deitar-se na cama e levantar-se da cama	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

No exemplo acima, **deitar-se na cama e levantar-se da cama** foi avaliado como **muito fácil**; exigiu um **grau moderado de ajuda**; e melhorar isso foi considerado uma meta **muito importante**.

A) Atividades da vida diária e independência								GRAU DE AJUDA				É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?		
Pense em como você normalmente realiza cada uma das seguintes atividades. 1) Avalie quão fácil ou difícil foi para você executar cada uma destas atividades nas últimas 4 semanas ; E 2) Escolha o quanto de ajuda você precisou para realizar essas atividades; E 3) Selecione o quão importante é para você a meta de melhorar cada uma das seguintes atividades.								TOTAL	MODERADO	MÍNIMO / SUPERVISIONADO	INDEPENDENTE	NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
Durante as 4 últimas semanas:	Extremamente difícil / Impossível	Muito difícil	Difícil	Um pouco difícil	Fácil	Muito fácil	Sem problema algum							
1. Deitar-se na cama e levantar-se da cama	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
2. Sentar-se e levantar-se da cadeira (ou cadeira de rodas)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
3. Ficar em pé perto da pia ou balcão	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
4. Tomar banho sozinho (ex. chuveiro ou banheira)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
5. Vestir-se	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
6. Carregar um objeto enquanto caminha (ex. brinquedo, livro, celular)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
7. Abrir uma porta	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

8. Pegar um objeto do chão	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
9. Entrar e sair de um veículo (ex. carro, van ou ônibus)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
A1. Outra atividade: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

B) Função da marcha e mobilidade

SUPOORTE PARA CAMINHAR NECESSÁRIO

É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?

Pense em como você **normalmente** realiza cada uma das seguintes atividades.

- 1) Avalie quão **fácil ou difícil** foi pra você executar cada uma destas atividades nas **últimas 4 semanas**; E
- 2) Escolha que **tipo de suporte para caminhar** você precisou para realizar essas atividades; E
- 3) Selecione o **quão importante** é para você a **meta** de melhorar cada uma das seguintes atividades.

Durante as 4 últimas semanas:	<i>Extremamente difícil/Impossível</i>	<i>Muito difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Um pouco difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muito fácil</i>	<i>Sem problema algum</i>	CADEIRA DE RODAS	ANDADOR	DUAS BENGALAS/ MULETA	UMA BENGALA/ MULETA/ SUP DE MÃO, CORRIMÃO, BASTÃO	INDEPENDENTE	NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO
10. Caminhar por mais de 250m (por volta de 2 quarteirões ou 2 campos de futebol)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
11. Deslocar-se pela escola (ambiente interno)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
12. Deslocar-se pela casa	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
13. Caminhar por mais de 15 minutos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2

14. Caminhar mais rápido que o normal (ex. para acompanhar os outros)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
15. Desviar de ou evitar obstáculos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
16. Subir e descer escadas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
17. Subir e descer superfícies inclinadas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
18. Caminhar em terreno irregular (áspero, com pedras, arenoso)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
19. Caminhar em superfícies escorregadias (molhadas)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2

Versão 5.0c

Página 3 de 8

C) Dor, desconforto e fadiga

							INTENSIDADE				É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?				
							GRAVE	MODERADO	LEVE	NENHUMA	NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO		
Pense em cada um dos itens abaixo. 1) Avalie com que frequência você teve dor ou desconforto ou cansaço nas últimas 4 semanas ; E 2) Escolha o quão grave era sua dor ou desconforto; E 3) Selecione o quão importante é para você a meta de diminuir sua dor ou desconforto ou cansaço em cada um dos aspectos abaixo.															
Durante as 4 últimas semanas:	<i>Todo dia</i>	<i>Muito frequente (quase todo dia)</i>	<i>Frequente (2 a 3 vezes por semana)</i>	<i>Algumas vezes (uma vez por semana)</i>	<i>Uma ou duas vezes</i>	<i>Nenhuma vez</i>									
20. Dor ou desconforto nos pés ou tornozelos	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2		

Versão 5.0c

Página 4 de 10

21. Dor ou desconforto na parte inferior das pernas (ex. panturrilha ou canela)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
22. Dor ou desconforto nos joelhos	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
23. Dor ou desconforto nas coxas ou quadris	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
24. Dor ou desconforto nas costas	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
25. Sentir cansaço ao andar	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
26. Sentir cansaço durante qualquer outra atividade física que geralmente goste de fazer (ex. nadar, correr, andar a cavalo ou praticar outro esporte)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
C1. Outra dor: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2

D) Atividades físicas, esportes e recreação									É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?		
Pense em como você normalmente realiza cada uma das seguintes atividades. 1) Avalie o grau de dificuldade que você teve para realizar cada uma dessas atividades no último ano ; E 2) Selecione o quão importante é para você a meta de melhorar em cada uma das seguintes atividades.									NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
Durante o <u>último ano</u> :	Extremamente difícil / Impossível	Muito difícil	Difícil	Um pouco difícil	Fácil	Muito Fácil	Sem problema algum	Eu não tive a oportunidade de fazer esta atividade no <u>último</u>			
27. Correr	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2
28. Participar de esportes de deslizamento (ex. skate, patins)	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2
29. Andar de bicicleta ou de triciclo (com ou sem as rodinhas de apoio)	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2
30. Nadar	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2
31. Participar de esportes que necessitem correr (ex. futebol, atletismo)	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2
32. Participar de esportes que necessitem pular (ex. basquetebol, voleibol)	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2
33. Participar de atividades que necessitem de equilíbrio (ex. dança, ginástica, artes marciais)	0	1	2	3	4	5	6	☐	0	1	2

34. Subir/escalar - (ex. escada ou brinquedo de parquinho)	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2
D1. Outra atividade recreacional ou esportiva: _____	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2

E) Padrão e aparência da marcha								É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?		
Pense em como você <u>normalmente</u> caminha. 1) Avalie a sua dificuldade foi realizar cada uma das seguintes atividades nas últimas 4 semanas; E 2) Selecione o quão importante é para você a meta de melhorar em cada uma das seguintes atividades.								NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
Durante as 4 últimas semanas:	Extremamente e difícil / Impossível	Muito difícil	Difícil	Um pouco difícil	Fácil	Muito fácil	Sem problema algum			
35. Caminhar com meus pés completamente apoiados no chão	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
36. Caminhar mais ereto (menos agachado ou com os joelhos dobrados)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
37. Caminhar com meus pés apontando para a frente	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
38. Caminhar sem arrastar meus pés	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2

39. Caminhar sem tropeçar e cair	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
40. Usar o calçado que eu quiser (ex. sapatos, botas, sandálias)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
E1. Outro aspecto do caminhar: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2

F) Uso de órteses & auxiliares de mobilidade						É SUA META REDUZIR/ELIMINAR O USO?				
Pense em cada um dos itens abaixo. 1) Avalie como você se sente usando cada um dos itens abaixo nas últimas 4 semanas; E 2) Selecione o quão importante é para você a meta de diminuir ou eliminar o uso de cada um destes aparelhos.						NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE		
Durante as 4 últimas semanas:	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz					
41. Usar goteiras ou órteses (ex. AFO/suopodálica)	0	1	2	3	4	0	1	2	☐	Não me foi prescrito para usar goteira, palmilha ou compensação ou órtese
									☐	Escolhi não usar o que foi prescrito goteira, palmilha ou compensação ou órtese Não me foi prescrito
42. Usar um auxílio para caminhar (ex. andador, bastão, bengala, muletas)	0	1	2	3	4	0	1	2	☐	Não uso nenhum auxílio para andar
43. Usar cadeira de rodas	0	1	2	3	4	0	1	2	☐	Não uso cadeira de rodas

G) Imagem corporal e autoestima						É SUA META QUERER MELHORAR ISSO?		
Pense em cada um dos itens a seguir. 1) Avalie como se sente sobre cada um dos itens a seguir nas últimas 4 semanas ; E 2) Selecione o quão importante é para você a meta de melhorar em cada um dos itens a seguir.						NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
Durante as 4 últimas semanas:	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz e nem infeliz	Feliz	Muito feliz			
44. O formato e a posição das minhas pernas	0	1	2	3	4	0	1	2
45. O formato e a posição dos meus pés	0	1	2	3	4	0	1	2
46. A simetria das minhas pernas (em comprimento e tamanho)	0	1	2	3	4	0	1	2
47. A maneira como <u>eu</u> me desloco em comparação aos outros	0	1	2	3	4	0	1	2
48. A maneira como os <u>outros</u> reagem a como eu me desloco	0	1	2	3	4	0	1	2
49. Como sou tratado(a) pelos outros	0	1	2	3	4	0	1	2

Outras metas	É SUA META QUERER

		MELHORA R ISSO?		
		NÃO É UMA META	UM POUCO IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
Se houver alguma outra meta (a curto ou longo prazo) que não foi citada, liste todas aqui E Selecione o quão importante é para você a meta de melhorar em cada uma delas.				
Outras metas:				
1.		0	1	2
2.		0	1	2
3.		0	1	2
4.		0	1	2
5.		0	1	2
Comentários e sugestões 				

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!