

Adaptação transcultural da *Modified Gait Efficacy Scale* para indivíduos pós-acidente vascular encefálico

Cross-cultural adaptation of the Modified Gait Efficacy Scale for individuals with stroke

Patrick Roberto Avelino¹, Kênia Kiefer Parreira de Menezes², Lucas Rodrigues Nascimento³, Iza Faria-Fortini⁴, Christina Danielle Coelho de Moraes Faria⁵, Aline Alvim Scianni⁶, Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela⁷.

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i3p230-236>

Avelino PR, Menezes KKP, Nascimento LR, Faria-Fotini I, Faria CDCM, Scianni AA, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural da *Modified Gait Efficacy Scale* para indivíduos pós-acidente vascular encefálico. Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo. 2018 set.-dez.;29(3):230-6.

RESUMO: A *Modified Gait Efficacy scale* (mGES) avalia a percepção do indivíduo sobre o seu nível de confiança na marcha, em circunstâncias desafiadoras. Para sua aplicação na população brasileira, é necessário que seja realizada a sua adaptação transcultural. Este estudo objetivou realizar a adaptação transcultural do mGES para uso no Brasil. O processo de adaptação seguiu diretrizes padronizadas, sendo realizado em cinco etapas: tradução, retrotradução, síntese das traduções, avaliação pelo comitê de especialistas e teste da versão pré final. A versão pré final foi aplicada em 12 indivíduos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE), que foram indagados sobre como interpretaram cada item. O processo de adaptação seguiu todas as recomendações propostas, sendo necessárias apenas pequenas alterações em três itens, para possibilitar melhor compreensão. Resultados satisfatórios foram obtidos no teste da versão pré final, uma vez que não houve nenhum problema quanto à redação e clareza dos itens ou ao objetivo da escala. A versão final da mGES-Brasil demonstrou satisfatório grau de equivalência semântica, conceitual e cultural, em relação à versão original, e pode, ser utilizada em contextos clínicos e de pesquisa no Brasil, para avaliar o nível de confiança na marcha de indivíduos pós-AVE.

Descritores: Marcha; Autoeficácia; Acidente vascular cerebral.

Avelino PR, Menezes KKP, Nascimento LR, Faria-Fotini I, Faria CDCM, Scianni AA, Teixeira-Salmela LF. *Cross-cultural adaptation of the Modified Gait Efficacy Scale for individuals with stroke*. Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo. 2018 Sept.-Dec.;29(3):230-6.

ABSTRACT: The Modified Gait Efficacy Scale (mGES) assesses the walking confidence under challenging circumstances. For its application with the Brazilian population, its cross-cultural adaptation is required. This study aimed to cross-culturally adapt the mGES to the Brazilian-Portuguese language. The process of cross-cultural adaptation followed standardized procedures and was conducted in five stages: translation, back-translation, synthesis of the translations, expert committee consultation, and testing of the pre-final version. The pre-final version was administered to 12 individuals with stroke, who were asked to interpret all of the items. The cross-cultural adaptation process followed all of the recommended guidelines and minor modifications in three items were carried-out, to facilitate understanding. Satisfactory results were obtained during the testing of the pre-final version, since there was not found any problem regarding wording and clarity of the items or the objective of the scale. The mGES-Brazil showed satisfactory semantic, linguistic, cultural, and conceptual equivalences to the original version, and may be used within clinical and research contexts in Brazil, for the assessment of walking confidence of individuals with stroke.

Keywords: Gait; Self efficacy; Stroke.

1. Fisioterapeuta, Mestre e doutorando do programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. ORCID: 0000-0002-7248-4767. Email: patrickpk4@yahoo.com.br.
2. Fisioterapeuta, PhD, Professora do Departamento de Fisioterapia, FUNCESI, Itabira. ORCID: 0000-0002-9906-9555. Email: keniakiefer@yahoo.com.br.
3. Fisioterapeuta, PhD, Professor do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. ORCID: 0000-0002-6792-0819. Email: lucasanatomia@hotmail.com.
4. Terapeuta Ocupacional, Ph.D., Professora do Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. ORCID: 0000-0002-0104-1547. Email: izafaria@yahoo.com.br.
5. Fisioterapeuta, PhD, Professora do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. ORCID: 0000-0001-9784-9729. Email: chrismoraisf@gmail.com.
6. Fisioterapeuta, PhD, Professora do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. ORCID: 0000-0002-5968-2195. Email: ascianni@task.com.br.
7. Fisioterapeuta, PhD, Professora do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. ORCID:0000-0001-8358-8636. Email: jhsalmela@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Prof^ª Luci Fuscaldi Teixeira-Salmela. Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais – Campus Pampulha. Avenida Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP 31270-901. E-mail: lfts@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de incapacidade no Brasil, com relevante impacto econômico e social¹. Após o AVE, os indivíduos podem apresentar uma constelação de déficits motores, sensitivos, cognitivos e emocionais, com consequente limitação na marcha e, assim, gerar maior dependência para realizar as atividades de vida diária e papéis sociais^{2,3}. Aproximadamente 30% dos indivíduos que sofreram AVE necessitam de auxílio para caminhar, o que pode ser preocupante, considerando uma incidência anual nacional de 108 casos por 100 mil habitantes⁴.

Recuperar a habilidade de locomover-se está entre uma das maiores preocupações de indivíduos após o AVE⁵. Dessa forma, a habilidade de deambulação é uma medida comumente avaliada em contextos clínicos e de pesquisa, sendo considerada um importante desfecho durante o processo de reabilitação destes indivíduos⁶. No entanto, durante a avaliação da marcha, é importante examinar tanto a habilidade do indivíduo, como a percepção de sua habilidade para completar determinada tarefa⁷. A confiança na habilidade de caminhar durante as atividades cotidianas pode ser tão importante para a participação social como a habilidade real, uma vez que a confiança na habilidade pode preceder a habilidade real e, consequentemente, influenciar o desempenho de atividades cotidianas⁸. Assim, é importante, portanto, identificar uma medida confiável e válida para avaliar a confiança para caminhar em indivíduos pós-AVE.

Neste contexto, a *Gait Efficacy Scale* (GES) foi desenvolvida especificamente para avaliar a confiança de um indivíduo ao se locomover em circunstâncias desafiadoras^{9,10}. Posteriormente, uma versão modificada foi proposta por Newell et al.⁸, denominada *Modified Gait Efficacy Scale* (mGES). Nesta versão, houve a inclusão de itens relacionados a situações cotidianas, que abrangem diferentes níveis de habilidade para locomoção⁸. Estudos prévios^{8,11}, que investigaram as propriedades de medida em idosos apontaram que a mGES apresentou adequada confiabilidade teste-reteste (ICC=0,93) e consistência interna (Cronbach α =0,94). Além disso, a escala se correlacionou significativamente com outras medidas de

equilíbrio, como a *Falls Efficacy Scale*, *ABC Scale* e *Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly* (r =-0,80 a 0,88), função e deficiência (r =0,32 a 0,88 - *Late-Life Function and Disability Instrument*) e mobilidade (r =-0,61 a 0,64 – teste de caminhada de seis minutos, velocidade de marcha, teste de marcha em oito e teste de marcha com obstáculos)^{8,11}.

A mGES foi originalmente desenvolvida no idioma inglês⁸, apresentando atualmente outra versão somente para a língua japonesa¹², o que impossibilita sua aplicação em contextos clínicos e de pesquisa no Brasil. Adicionalmente, não foram encontrados estudos que tenham utilizado a mGES em indivíduos pós-AVE. Dessa forma, para a aplicação da mGES na população brasileira é necessária sua adaptação transcultural. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural da versão em inglês da mGES para o português-Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desenho do estudo

Este estudo metodológico foi desenvolvido em duas etapas: (I) adaptação transcultural e (II) avaliação da reprodutibilidade da versão adaptada do mGES. Este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado “Efeito da provisão da bengala na marcha e participação social em indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CAAE: 06609312.0.0000.5149). Os autores da mGES autorizaram a sua adaptação transcultural e durante a realização deste estudo receberam informações sobre todas as etapas desenvolvidas. O estudo foi desenvolvido no Laboratório de Neurologia (NeuroLab) da Universidade Federal de Minas Gerais.

Instrumento

A mGES é uma escala de 10 itens, que aborda a percepção do nível de confiança na marcha durante circunstâncias desafiadoras⁸. Estes itens incluem tarefas como andar em uma superfície plana e na grama, ultrapassar um obstáculo, subir e descer calçadas, subir e descer escadas (com e sem corrimão) e caminhar longas distâncias. Os itens

são classificados individualmente em uma escala Likert de 10 pontos, sendo que a pontuação 1 representa “sem nenhuma confiança” e a pontuação 10 representa “confiança total”, totalizando assim escores de 10 a 100. Quanto maior a pontuação alcançada pelo indivíduo, maior a sua confiança em sua habilidade de locomoção⁸.

Procedimentos

O processo de tradução e adaptação transcultural foi desenvolvido em cinco estágios, conforme recomendações prévias da literatura¹³⁻¹⁵. O primeiro estágio consistiu na tradução da mGES para o português-Brasil. Esta etapa foi realizada por dois tradutores bilíngues, cuja língua-mãe era o português brasileiro, de forma independente, sendo que um destes estava ciente dos conceitos examinados pela escala e o outro não. Além disso, os tradutores deveriam se atentar para a equivalência semântica, cultural e conceitual da escala^{13,14}.

No segundo estágio, os autores do presente estudo realizaram uma síntese das duas versões traduzidas da mGES para o português. Esta versão, denominada versão-consenso, foi desenvolvida baseada na comparação da versão original, em inglês, com as duas versões em português^{13,14}.

No terceiro estágio, dois tradutores bilíngues, cujo primeiro idioma (língua-mãe) era o inglês, e que não tiveram acesso à escala original nem conhecimento prévio do objetivo do estudo, realizaram a retrotradução da escala, de forma independente^{13,14}.

No quarto e penúltimo estágio, foi realizada uma discussão quanto à clareza, pertinência e equivalência entre as versões traduzidas e retrotraduzidas e a versão original da mGES. Esta discussão foi realizada por um comitê de especialistas composto por três fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, um tradutor e um retro tradutor. Ao final da discussão, uma versão pré final foi consolidada, novamente atentando-se para a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual¹⁶.

Finalmente, no quinto estágio, o teste da versão pré final foi realizado com 12 indivíduos pós-AVE residentes na comunidade, que foram indagados sobre como interpretaram cada item. A versão final traduzida para o português Brasil

foi denominada modified Gait Efficacy Scale-Brasil (mGES-Brasil) (Anexo 1). Antes da aplicação da mGES-Brasil, os voluntários foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram avaliados quanto aos critérios de elegibilidade para inclusão no estudo.

Para participação no estudo, os voluntários deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 20 anos, tempo de evolução pós-AVE > 3 meses, capacidade de deambular com ou sem dispositivos auxiliares (independente da velocidade) e apresentar hemiparesia. A caracterização da hemiparesia foi estabelecida a partir de uma diferença na força dos grupos musculares do membro inferior (flexores de quadril e flexores/extensores de joelho) de pelo menos 15% entre os lados parético e não parético¹⁷ e/ou por aumento no tônus dos músculos extensores de joelho e/ou flexores plantares, identificada por escores diferentes de zero na Escala Modificada de *Ashworth*¹⁸. Foram excluídos indivíduos com déficits cognitivos, identificados pelos seguintes pontos de corte no Mini Exame do Estado Mental: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média e 26 para alta escolaridade¹⁹, dificuldades de expressão verbal ou quaisquer outras condições neuromusculares não relacionadas ao AVE.

RESULTADOS

O processo de adaptação transcultural seguiu recomendações propostas^{13,14,16}. Na versão desenvolvida, a maioria dos itens se manteve inalterado ou com poucas alterações, o que demonstra adequada equivalência semântica entre as versões nos idiomas inglês e português-Brasil.

Durante a elaboração da versão pré final, o comitê de especialistas optou por trocar a palavra “calçada” por “meio-fio” nos itens 4 e 5. No item 10, a distância de 1/2 milha foi substituída pelo equivalente em metros (800 metros), além do acréscimo da expressão “oito quarteirões, aproximadamente” ao final da sentença. Os itens pareados e suas respectivas descrições em inglês e português, após as considerações do comitê de especialistas, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Itens da mGES pareados de acordo com suas respectivas descrições em Inglês e Português

Modified Gait Efficacy Scale: original version	Modified Gait Efficacy Scale (mGES-Brazil)
1. How much confidence do you have that you would be able to safely walk on a level surface, such as hardwood floor?	1. Quanta confiança você tem de que seria capaz de caminhar com segurança sobre uma superfície plana, como um piso de madeira?
2. How much confidence do you have that you would be able to safely walk on grass?	2. Quanta confiança você tem de que seria capaz de caminhar com segurança na grama?
3. How much confidence do you have that you would be able to safely walk over an obstacle in your path?	3. Quanta confiança você tem de que seria capaz de passar com segurança sobre um obstáculo no seu caminho?
4. How much confidence do you have that you would be able to safely step down from a curb?	4. Quanta confiança você tem de que seria capaz de descer de um meio fio com segurança?
5. How much confidence do you have that you would be able to safely step up onto a curb?	5. Quanta confiança você tem de que seria capaz de subir em um meio fio com segurança?
6. How much confidence do you have that you would be able to safely walk up stairs if you are holding on to a railing?	6. Quanta confiança você tem de que seria capaz de subir escadas com segurança, se você estiver segurando em um corrimão?
7. How much confidence do you have that you would be able to safely walk down stairs if you are holding on to a railing?	7. Quanta confiança você tem de que seria capaz de descer escadas com segurança, se você estiver segurando em um corrimão?
8. How much confidence do you have that you would be able to safely walk up stairs if you are NOT holding on to a railing?	8. Quanta confiança você tem de que seria capaz de subir escadas com segurança, se você NÃO estiver segurando em um corrimão?
9. How much confidence do you have that you would be able to safely walk down stairs if you are NOT holding on to a railing?	9. Quanta confiança você tem de que seria capaz de descer escadas com segurança, se você NÃO estiver segurando em um corrimão?
10. How much confidence do you have that you would be able to safely walk a long distance, such as ½ mile?	10. Quanta confiança você tem de que seria capaz de caminhar com segurança por uma longa distância, como 800 metros (oito quarteirões, aproximadamente)?

Para análise da compreensão da versão pré final, esta foi aplicada em 12 indivíduos, dos quais cinco eram homens, com média de idade de 63±12 anos e tempo de evolução pós-AVE de 33±13 meses. A escolaridade média da amostra foi de 5±4 anos. Todos os participantes do estudo foram capazes de responder os itens das mGES-Brasil em um tempo máximo de aplicação de cinco minutos. Durante a aplicação da escala, não foram reportadas dificuldades de compreensão, indicando desta forma equivalência conceitual entre as versões do questionário.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural da mGES, uma escala que avalia o nível de confiança na marcha, para o português-Brasil. O processo seguiu as recomendações propostas na literatura para a

tradução e adaptação transcultural sistematizada^{15,16,18}, sendo realizadas mínimas alterações na versão em português, denominada mGES-Brasil, quando comparada à versão original.

A alteração do termo “calçada” pela expressão “meio-fio” nos itens 4 e 5 da escala foi recomendada pelo comitê de especialistas, que considerou que a expressão “meio-fio” está presente com maior frequência no vocabulário cotidiano dos brasileiros e, portanto, seria melhor compreendida. Adicionalmente, a expressão “meio-fio” é definida como a borda da calçada, que marca o desnível entre a calçada de pedestres e o pavimento onde passam os carros²⁰. Assim, acredita-se que este seja o melhor termo para refletir a atividade descrita nos referidos itens.

No item 10, a distância de 1/2 milha proposta na versão original foi substituída pelo comitê de especialistas pelo valor equivalente em metros, o que corresponde a 800

metros (1 milha \cong 1.600 metros). O sistema de medidas em milhagem não é utilizado no Brasil e, desta forma, o valor da distância poderia não ser compreendido adequadamente pelos entrevistados. Além disso, o comitê de especialistas optou por adicionar, ao final deste item, a expressão “oito quarteirões, aproximadamente”. Este acréscimo visou facilitar a interpretação do item por aqueles indivíduos que apresentem dificuldades para estimar distâncias, ampliando desta forma a possibilidade de compreensão do item.

Durante o processo de adaptação transcultural é recomendado que o instrumento seja aplicado em uma população alvo de no mínimo de cinco indivíduos¹³, a fim de avaliar a compreensão da versão pré final^{21,22}. Neste estágio, a mGES-Brasil foi aplicada em 12 indivíduos, sendo que nenhum participante apresentou qualquer dificuldade de compreensão, o que demonstra ausência de problemas quanto a redação e clareza dos itens.

Os resultados da adaptação transcultural da mGES-Brasil indicaram satisfatória equivalência semântica, conceitual e cultural, o que viabiliza o uso desta escala no Brasil. Adicionalmente, a mGES-Brasil é uma escala gratuita, de rápida aplicação (em torno de cinco minutos),

fácil interpretação dos escores e que não necessita de treinamento especializado para sua aplicação, o que a torna um instrumento de alta utilidade clínica²³.

Por fim, a utilização de procedimentos padronizados, seguindo critérios reconhecidos internacionalmente para o processo de adaptação transcultural^{13,14,16} assegura a validade de face e de conteúdo da mGES-Brasil, o que corresponde a primeira etapa do processo de validação de um instrumento. Outras propriedades de medida, como validade de construto e confiabilidade, não foram avaliadas no presente estudo e, portanto, ainda precisam ser investigadas.

CONCLUSÃO

Os resultados do processo de adaptação transcultural indicaram adequado grau de equivalência semântica, conceitual e cultural da mGES-Brasil, em relação à versão original. Estes achados demonstraram que a mGES-Brasil é uma escala adequada para avaliar a percepção dos indivíduos em relação à confiança na marcha, sendo uma alternativa a ser incorporada na prática clínica e em pesquisas científicas para a avaliação e acompanhamento de indivíduos pós-AVE.

Artigo originado de tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais, intitulada “Efeito da provisão da bengala na marcha e participação social em indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico”.

Pôster apresentado na XXII Semana do Conhecimento da Universidade Federal de Minas Gerais, BH, 8-10 out. 2018.

Agências de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Participação de cada autor: Avelino PR – Concepção do estudo, tradução e adaptação da escala, coleta e análise dos dados, e redação do texto. Menezes KKP – Concepção do estudo, tradução e adaptação da escala, coleta e análise dos dados, e redação do texto. Nascimento LR – Concepção do estudo, tradução e adaptação da escala, análise dos dados, e redação do texto. Faria-Fortini I – Concepção do estudo, tradução e adaptação da escala, análise dos dados, e redação do texto. Faria CDCM – Concepção do estudo, análise dos dados, e redação do texto. Scianni AA – Concepção do estudo, análise dos dados, e redação do texto. Teixeira-Salmela LF - Concepção do estudo, análise dos dados, e redação do texto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf.
2. Faria-Fortini I, Basílio ML, Scianni AA, Faria CDCM, Teixeira-Salmela LF. Performance and capacity-based measures of locomotion, compared to impairment-based measures, best predicted participation in individuals with hemiparesis due to stroke. *Disabil Rehabil*. 2018;40(15):1791-8. doi: 10.1080/09638288.2017.1312570.
3. Leciñana MA, Gutiérrez-Fernández M, Romano M, Cantú-Brito C, Arauz A, Olmos LE, et al. Strategies to improve recovery in acute ischemic stroke patients: Iberoamerican Stroke Group Consensus. *Int J of Stroke*. 2014;9(4):503-13. doi: 10.1111/ijss.12070.
4. Minelli C, Fen LF, Minelli DP. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1- year case fatality rates in Matão, Brazil: A population-based prospective study. *Stroke*. 2007;38(11):2906-11. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.484139.
5. Combs SA, Van Puymbroeck M, Altenburger PA, Miller KK, Dierks TA, Schmid AA. Is walking faster or walking farther more important to persons with chronic stroke? *Disabil Rehabil*.

- 2013;35(10):860-7. doi: 10.3109/09638288.2012.717575.
6. Bland MD, Sturmoski A, Whitson M, Connor LT, Fucetola R, Huskey T, et al. Prediction of discharge walking ability from initial assessment in a stroke inpatient rehabilitation facility population. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(8):1441-7. doi: 10.1016/j.apmr.2012.02.029.
 7. Törnblom K, Sunnerhagen KS, Danielsson A. Perceptions of physical activity and walking in an early stage after stroke or acquired brain injury. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173463. doi: 10.1371/journal.pone.0173463.
 8. Newell AM, Vanswearingen JM, Hile E, Brach JS. The Modified Gait Efficacy Scale: Establishing the psychometric properties in older adults. *Phys Ther*. 2012;92(2):318-28. doi: 10.2522/ptj.20110053.
 9. Rosengren KS, Mcauley E, Mihalko SL. Gait adjustments in older adults: activity and efficacy influences. *Psychol Aging*. 1998;13(3):375-86.
 10. McAuley E, Mihalko SL, Rosengren KS. Self-efficacy and balance correlates of fear of falling in elderly. *J Aging Phys Activ*. 1997;5(4):329-40. doi: doi.org/10.1123/japa.5.4.329.
 11. Goldberg A, Talley SA, Adamo DE. Construct validity of the Modified Gait Efficacy Scale in older females. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(4):307-14. doi: 10.3109/09593985.2016.1138349.
 12. Makizako H, Shimada H, Yoshida D, Anan I, Ito T, Doi T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Gait Efficacy Scale. *Phys Ther Jpn*. 2014;17(1):45. doi: 10.1298/jjpta.Vol17_012.
 13. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.
 14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014.
 15. Avelino PR, Magalhães LC, Faria-Fortini I, Basilio ML, Menezes KKP, Teixeira-Salmela LF. Cross-cultural validity of the ABILOCO questionnaire for individuals with stroke, based on Rasch analysis. *Disabil Rehabil*. 2018;40(11):1310-7. doi: 10.1080/09638288.2017.1284908.
 16. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-N.
 17. Faria CDCM, Teixeira-Salmela LF, Nadeau S. Predicting levels of basic functional mobility, as assessed by the Timed "Up and Go" test, for individuals with stroke: discriminant analyses. *Disabil Rehabil*. 2013;35(2):146-52. doi: 10.3109/09638288.2012.69049.
 18. Faria-Fortini I, Basilio ML, Polese JC, Menezes KKP, Faria CDCM, Scianni AA, Teixeira-Salmela LF. Caracterização da participação social de indivíduos na fase crônica pós-acidente vascular encefálico. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(1):71-8. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v28i1p71-78.
 19. Bertolucci PHF, Brucki S, Campacci S, Juliano YO. Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
 20. Buarque de Holanda A. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5a ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2014.
 21. Faria-Fortini I, Basilio ML, Assumpção FSN, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural e reprodutibilidade do Measure of the Quality of the Environment em indivíduos com hemiparesia. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2016;27(1):42-51. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v27i1p42-51.
 22. Basilio ML, Faria-Fortini I, Assumpção FSN, Carvalho AC, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural do Questionário ABILHAND específico para indivíduos pós-acidente vascular encefálico. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(1):19-26. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v28i1p19-26.
 23. Tyson S, Connell L. The psychometric properties and clinical utility of measures of walking and mobility in neurological conditions: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2009;23(11):1018-33. doi: 10.1177/0269215509339004.

Submetido em: 11.10.18

Aceito em: 24.01.19



Anexo 1: Modified Gait Efficacy Scale (mGES-Brasil)

1- Quanta confiança você tem de que seria capaz de caminhar com segurança sobre uma superfície plana, como um piso de madeira?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2- Quanta confiança você tem de que seria capaz de caminhar com segurança na grama?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3- Quanta confiança você tem de que seria capaz de passar com segurança sobre um obstáculo no seu caminho?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4- Quanta confiança você tem de que seria capaz de descer de um meio fio com segurança?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5- Quanta confiança você tem de que seria capaz de subir em um meio fio com segurança?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6- Quanta confiança você tem de que seria capaz de subir escadas com segurança, se você estiver segurando em um corrimão?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7- Quanta confiança você tem de que seria capaz de descer escadas com segurança, se você estiver segurando em um corrimão?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8- Quanta confiança você tem de que seria capaz de subir escadas com segurança, se você NÃO estiver segurando em um corrimão?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9- Quanta confiança você tem de que seria capaz de descer escadas com segurança, se você NÃO estiver segurando em um corrimão?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10- Quanta confiança você tem de que seria capaz de caminhar com segurança por uma longa distância, como 800 metros (oito quarteirões, aproximadamente)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nenhuma confiança

Total confiança

ESCORE TOTAL: