

The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises

Construção e avaliação psicométrica da escala de autoeficácia para prática de exercícios do assoalho pélvico

Cinara Sacomori, Fernando L. Cardoso, Isabela P. Porto, Nubia B. Negri

ABSTRACT | Background: Self-efficacy has been shown to be a predictor of many health-related behaviors, including the practice of pelvic floor exercises with a focus on prevention or cure. **Objective:** To describe the process of construction and the psychometric properties of the scale of self-efficacy for the practice of pelvic floor exercises (EAPEAP). **Method:** A cross-sectional study of validation was carried out with 81 from community and 96 postpartum women. 54.8% of them complained of urinary leakage. An exploratory factor analysis and internal consistency analysis was performed. To check predictive capacity, we analyzed the adherence at 3 months post - intervention and compared the scores of self-efficacy between adherent and non-adherent women. Reliability was analyzed by split half procedure. **Results:** The instrument showed $\alpha=0.923$, and revealed three factors: performance expectation considering the action, performance expectation considering the preparation for action and outcome expectations. These factors accounted for 65.32% of the total variance. The instrument was able to differentiate between women who adhere and have not adhered to the exercises ($U=352$, $p=0.013$) and there was strong correlation between the two halves of the instrument ($\rho=0.889$, $p<0.001$). **Conclusion:** The scale is a valid and reliable tool to measure self-efficacy to practice pelvic floor exercises.

Keywords: self-efficacy; pelvic floor; movement; validation studies; adherence.

HOW TO CITE THIS ARTICLE

Sacomori C, Cardoso FL, Porto IP, Negri NB. The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises. *Braz J Phys Ther.* 2013 July-Aug; 17(4):336-342. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000104>

RESUMO | Contextualização: A autoeficácia tem se mostrado preditora de muitos comportamentos relacionados à saúde, dentre eles, a prática de exercícios do assoalho pélvico (AP) com foco na prevenção ou cura. **Objetivo:** Descrever o processo de construção e as propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia para Prática de Exercícios do Assoalho Pélvico (EAPEAP). **Método:** Estudo transversal de validação com 81 mulheres da comunidade e 96 puérperas, sendo que 54,8% queixavam-se de perdas urinárias. Procedeu-se com análise fatorial exploratória e análise de consistência interna. Para verificar capacidade preditiva, analisou-se a aderência em três meses pós- intervenção e comparou-se o escore de autoeficácia entre mulheres aderentes e não aderentes. A fidedignidade foi avaliada pela técnica das metades partidas. **Resultados:** O instrumento obteve $\alpha=0,923$ e revelou três fatores: expectativa de performance considerando a ação, expectativa de performance considerando a preparação para a ação e expectativa de resultado. Tais fatores foram responsáveis por 65,32% da variância total. O instrumento foi capaz de diferenciar as mulheres que aderiram daquelas que não aderiram aos exercícios ($U=352$, $p=0,013$), e houve correlação forte entre as duas metades do instrumento ($\rho=0,889$, $p<0,001$). **Conclusão:** A escala é válida e confiável para mensurar autoeficácia para prática de exercícios do assoalho pélvico.

Palavras-chave: autoeficácia; assoalho pélvico; movimento; estudos de validação; aderência.

● Introdução

A aderência a tratamentos fisioterapêuticos e a orientações dadas pelos profissionais têm sido foco de estudo, visto que muitos dos resultados das terapias ficam comprometidos em função da baixa aderência e da pouca participação ativa do paciente no restabelecimento da função almejada¹. Da mesma forma, a aderência à prática de exercícios em domicílio, após o tratamento fisioterapêutico, é fundamental para a manutenção dos resultados².

Segundo Bandura³, as crenças de autoeficácia são as bases para que o ser humano se torne ativo no processo de cuidado com a própria saúde. A autoeficácia é definida como “as crenças pessoais na capacidade de exercer uma medida de controle sobre o próprio funcionamento e os eventos ambientais”³. Assim, as expectativas de eficácia das pessoas acabam afetando seus comportamentos. Os efeitos ambientais criados por tais comportamentos também modificam suas crenças de autoeficácia³.

No contexto das disfunções do assoalho pélvico (AP), entende-se que a primeira opção de tratamento fisioterapêutico são os exercícios para o treinamento dos músculos do AP. Uma revisão sistemática aponta que o tratamento fisioterapêutico é efetivo para a redução dos sintomas miccionais em mulheres idosas com incontinência urinária⁴. Adicionalmente, alguns estudos sugeriram relação entre melhor autoeficácia e boas taxas de aderência a esses tratamentos comportamentais para incontinência urinária⁵⁻¹⁰.

As escalas existentes para avaliação da autoeficácia para com a prática de exercícios do assoalho pélvico foram desenvolvidas e validadas em outros países – Estados Unidos⁷, Taiwan¹¹, Canadá¹² e Turquia¹³ – e nenhuma delas foi validada no Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia para Prática de Exercícios do Assoalho Pélvico (EAPEAP).

● Método

Consiste em um estudo transversal de validação.

Participantes

Participaram do estudo 177 mulheres, sendo 81 mulheres da população geral (com ou sem sintomas de disfunção do assoalho pélvico) e 96 puérperas, sendo que 54,8% queixavam-se de perdas urinárias. As mulheres da população geral foram avaliadas na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Florianópolis, SC, Brasil, no período de setembro de 2011 a março de 2012. Elas passaram por uma

avaliação da função da musculatura do assoalho pélvico por meio de toque bidigital vaginal, seguido de orientação verbal para prática de exercícios do AP diariamente, com finalidade preventiva ou curativa. As mulheres puérperas deste estudo se encontravam no puerpério imediato na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC, Brasil, e receberam orientação de prática de exercícios ainda na maternidade, porém ela foi realizada somente com instrução verbal e inspeção visual da contração.

Foram excluídas do estudo as mulheres que não conseguiram mostrar sinais de contração visível ou palpável da musculatura do AP durante exame físico, aquelas que eram analfabetas funcionais e as que não aceitaram participar do estudo.

O projeto foi apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil, (175/2011) e da Maternidade Carmela Dutra (CAE: 0010.0.233.269-11-Florianópolis, SC, Brasil), sendo obtido o consentimento por meio da assinatura do termo livre e esclarecido dos referidos comitês.

Instrumento de pesquisa: construção da escala

A escala aqui utilizada (EAPEAP – Anexo 1) foi construída especificamente para este estudo seguindo as instruções de Bandura¹⁴, tendo como base outros instrumentos da área validados em outros países^{7,15} e considerando as barreiras descritas para prática não supervisionada de exercícios do AP. Sendo o esquecimento, a falta de tempo, a incerteza de estar realizando corretamente, a percepção de que o exercício não ajudava e a ideia de que tais exercícios só eram importantes no período de gestação e pós-parto¹⁶ as razões que as mulheres atribuíam à baixa aderência a exercícios do AP, faltava interesse ou disciplina para realizá-los e dificuldade de conciliá-los com as atividades de vida diária^{5,16-17}.

Optou-se por construir uma escala, ao invés de validar outra já descrita na literatura, porque o objetivo era que a escala pudesse ser aplicada tanto para mulheres continentais como para incontinentes, identificando também a aderência à prática preventiva de exercícios do AP. No entanto, a maioria das escalas testadas em outros países era direcionada para mulheres com disfunção do AP^{7,11-13}.

Segundo Bandura¹⁴, a autoeficácia é composta por duas dimensões – expectativa de performance e expectativa de resultados. A primeira refere-se aos julgamentos que se faz sobre o quanto o indivíduo acredita que pode realizar ou evitar determinado comportamento. Enquanto isso, a expectativa de

resultados diz respeito a julgamentos sobre os resultados possíveis de serem adquiridos com determinado comportamento, tanto os positivos quanto os negativos¹⁸.

A partir desse pressuposto teórico, elaborou-se um *pool* de 16 itens com uma escala de resposta que variava de 0 a 100, sendo 12 itens referentes a expectativa de performance e quatro referentes a expectativa de resultados. Para compor o escore de autoeficácia para prática de exercícios do AP, foram somados os pontos atribuídos para cada item do instrumento.

Análise de conteúdo

A escala foi submetida à apreciação de quatro juízes especialistas em disfunções do AP feminino ou autoeficácia. Os juízes validaram o conteúdo do instrumento, deram sugestões que melhoraram a semântica dos itens, e dois deles solicitaram incluir o item “Quanto você se sente confiante em contrair o assoalho pélvico antes de tossir, espirrar ou rir forte para evitar perdas de urina.” Desse modo, a escala passou a ter 17 itens.

Capacidade preditiva

A fim de verificar a capacidade preditiva da escala, foi realizada entrevista via telefone com 89 mulheres (48 da população geral e 41 puérperas), incluindo somente aquelas em que se conseguiu o contato telefônico em aproximadamente três meses após intervenção. As mulheres eram questionadas se nas últimas semanas tinham realizado os exercícios orientados.

Consistência interna e dimensionalidade

Com intuito de avaliar algumas qualidades psicométricas do instrumento, efetuou-se análise da consistência interna e da dimensionalidade do construto com a análise fatorial exploratória.

Fidedignidade

A confiabilidade teste e reteste não foi avaliada, visto que a autoeficácia muda com a experiência de domínio¹⁹. Desse modo, espera-se que a aprendizagem obtida durante a prática dos exercícios do AP modifique positivamente a crença de autoeficácia das participantes do estudo. Uma alternativa para a estratégia do teste e reteste foi a realização da técnica das metades partidas (*split half*), em que uma das metades foi constituída pela soma dos itens pares e a outra pela soma dos itens ímpares.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com estatística descritiva (distribuição de frequências, média, mediana e desvio padrão). Para análise da capacidade preditiva do instrumento, utilizou-se o teste U de Mann Whitney, dada a não normalidade dos dados. A consistência interna foi determinada pelo coeficiente alfa de Cronbach e a dimensionalidade do construto com a análise fatorial exploratória (método dos componentes principais, rotação Varimax). Adotou-se $p < 0,05$. Para inferir sobre a fidedignidade do teste, realizou-se o teste de correlação de Spearman para averiguar o nível de relação entre as duas metades do teste.

Resultados

Caracterização das participantes

As participantes do estudo, em geral, eram brancas, viviam com seus companheiros, tinham escolaridade de nível fundamental a médio e eram múltiparas (Tabela 1). A média de idade das mulheres foi de 35,6 (sd=13,9) anos, sendo que a das mulheres da população geral foi de 45,8 (sd=13,7) anos e a daquelas do puerpério de 27 (sd=6,3) anos.

Consistência interna e dimensionalidade da escala

Procedeu-se com uma análise fatorial exploratória com extração dos componentes principais por rotação Varimax (Tabela 2). A análise fatorial gerou três fatores que foram responsáveis por 65,32% da variância total. Desses, o primeiro fator (expectativa de performance considerando a ação) carregou em oito itens responsáveis por 48,25% da variância total. O segundo fator (expectativa de performance considerando a preparação para ação) carregou em cinco itens responsáveis por 10,25% da variação, e o terceiro fator (expectativa de resultados) carregou em quatro itens responsáveis por 6,81% da variação. A escala gerou um $\alpha=0,923$, com o fator 1 apresentando $\alpha=0,840$, fator 2 $\alpha=0,889$ e fator 3 $\alpha=0,862$.

Capacidade preditiva

As mulheres que continuavam realizando os exercícios três meses pós-intervenção tiveram um escore de autoeficácia significativamente maior se comparado às mulheres que não os realizavam naquele período ($U=352$; $p=0,013$; sendo $Md^{\text{mulheres aderentes}}=1430$ e $Md^{\text{mulheres não aderentes}}=1160$). Somente 16 mulheres (18%) não aderiram aos exercícios até a data investigada e, dessas, nove eram da população em geral e sete, puérperas.

Tabela 1. Caracterização das participantes.

	Todas (n=177)		Mulheres da população geral (n=81)		Puérperas (n=96)	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteira	27	15,3	20	24,7	7	7,4
Casada/união estável	133	75,3	48	59,1	85	89,5
Separada/divorciada	12	6,8	9	11,1	3	3,2
Viúva	4	2,3	4	4,9	0	0
Escolaridade						
Fundamental	74	42	45	56,3	29	30,3
Médio	91	51,7	29	35,3	62	64,6
Superior	11	6,3	6	7,4	5	5,2
Etnia						
Branca	157	89,2	69	85,2	88	92,6
Parda/negra	18	10,2	11	13,6	7	7,4
Oriental	1	0,6	1	1,2	0	0
Paridade						
Nulíparas	12	6,8	12	14,8	0	0
Primíparas	43	24,3	11	13,6	32	33,3
Múltiparas	122	68,9	58	71,6	64	66,7

As mulheres da população em geral mostraram um escore de autoeficácia similar ao das mulheres puérperas ($U=3740$; $p=0,663$; $Md^{\text{mulheres em geral}}=1330$, $Md^{\text{puérperas}}=1370$).

Houve correlação forte entre as duas metades do instrumento ($\rho=0,889$, $p<0,001$), o que representa bons níveis de fidedignidade.

● Discussão

De acordo com Bandura¹⁴, a autoeficácia apresenta duas dimensões: expectativa de performance e expectativa de resultado. Os três fatores encontrados na escala aqui proposta coincidem com a proposta teórica de Bandura¹⁴. Entretanto, a escala deste estudo diferenciou a expectativa de performance em dois componentes – considerando a ação em si e considerando a preparação para a ação. Zengin e Pinar¹³, na Turquia, traduziram uma escala do japonês e validaram-na, encontrando os mesmos três fatores.

Por outro lado, Broome⁷, nos EUA, encontrou dois fatores, tal como a proposta inicial de Bandura¹⁴. Chen¹¹, em Taiwan, também encontrou dois fatores, os quais foram nomeados: crença na execução e nos benefícios dos exercícios dos músculos do AP e crença na execução dos exercícios do AP conforme recomendado e apesar das barreiras. Tal diferenciação

nos remete a pensar que as brasileiras talvez façam uma maior distinção entre ação e preparação para agir, isto é, entre pré-disposição e desejo de agir.

Ainda não existe consenso internacional para uso da mesma escala de avaliação da autoeficácia, o que dificulta o estudo das diferenças culturais no tocante à aderência à prática de exercícios do AP.

O instrumento obteve um bom nível de consistência interna. Ele difere dos demais instrumentos da área^{7,11-13} por ter sido testado em uma amostra heterogênea (mulheres com e sem perdas de urina e mulheres puérperas) e, portanto, sendo aplicável também em mulheres que não apresentam sintomas de disfunção do AP – quando os exercícios são instruídos apenas com intuito preventivo. Isso representa um recente campo de prática do profissional fisioterapeuta, como parte de uma equipe multidisciplinar que trabalha com foco na prevenção e promoção de saúde.

A autoeficácia é usada para decidir que ações serão possíveis de ser realizadas já antecipando resultados positivos ou negativos, sendo importante para o estabelecimento de bases para a ação⁹. O instrumento aqui proposto foi capaz de diferenciar entre as mulheres que aderiram e as que não aderiram aos exercícios, tendo, portanto, boa capacidade preditiva. Isso porque existe um suporte teórico demonstrando

Tabela 2. Análise de fatores da Escala de Autoeficácia para Prática de Exercícios do Assoalho Pélvico.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Realizar os exercícios do assoalho pélvico por conta própria.		0,483	
Lembrar todos os dias de fazer os exercícios.		0,792	
Fazer os exercícios pelo menos três vezes por semana.		0,826	
Incluir os exercícios do assoalho pélvico no seu dia a dia.		0,697	
Continuar fazendo os exercícios mesmo que eles não estejam mostrando algum resultado perceptível.		0,661	
Fazer os exercícios nas férias e viagens.	0,646		
Fazer os exercícios na posição sentada.	0,410		
Fazer os exercícios na posição de pé.	0,565		
Contrair o assoalho pélvico antes de tossir, espirrar ou rir forte para evitar perdas de urina.	0,637		
Continuar fazendo os exercícios mesmo que suas responsabilidades pessoais e familiares estejam mais exigentes que o normal.	0,850		
Continuar fazendo os exercícios mesmo que tenha mais atividades para fazer que o normal.	0,821		
Continuar fazendo os exercícios mesmo na presença de outro problema de saúde que seja mais urgente.	0,761		
Fazer os exercícios mesmo que outras pessoas digam ser desnecessários (por exemplo: família, amigas).	0,609		
Os exercícios do assoalho pélvico irão prevenir ou melhorar problemas, tais como: perdas de urina ou queda de bexiga/útero.			0,781
Os exercícios do assoalho pélvico irão melhorar sua vida sexual.			0,829
Os exercícios do assoalho pélvico irão melhorar a percepção do seu próprio corpo.			0,804
Os exercícios do assoalho pélvico serão benéficos para sua saúde e bem estar.			0,777
Valor do α por fator.	0,840	0,889	0,862

KMO=0.900, Bartlett's sphericity test presented $p < 0.001$.

que as crenças de autoeficácia constituem um importante preditor da aderência a comportamentos relacionados à saúde^{5-10,19-21}.

No campo da Fisioterapia, é comum o uso de estratégias de educação em saúde visando à mudança de alguns hábitos de vida do paciente. Cada vez mais, verifica-se a relevância de estudar questões que interfiram na aderência a tais comportamentos, quer seja no estudo sobre o medo de cair em idosos²², uso de palmilhas biomecânicas²³ ou na prática de exercícios do AP⁵⁻¹⁰.

Segundo Alewijnse et al.⁵, o grande motivo para a aderência aos exercícios do AP é a intenção, motivo esse que sofre influência social, da expectativa, da atitude pessoal e de variáveis externas. O presente questionário aborda esses itens a fim de verificar seus efeitos na aderência. Dessa forma, quanto maior as expectativas com relação ao tratamento, maior será a motivação para aderir a ele⁵. A aplicação deste questionário, seja no tratamento ou na prevenção da incontinência urinária, fornece informações ao fisioterapeuta sobre o quanto o paciente se sente

capaz e motivado para realizá-lo. Isso é relevante clinicamente, pois é possível identificar as pessoas com baixa autoeficácia e usar de estratégias que melhorem a confiança das pessoas nos benefícios do tratamento.

Este estudo trata-se da primeira tentativa no Brasil de se construir um instrumento científico que avalie autoeficácia para prática de exercícios do AP, sendo que sua aplicação em diferentes contextos sociais e culturais poderá trazer maiores contribuições à sua lapidação em termos de validade e confiabilidade. O seu uso pode ainda ter grande importância no planejamento e acompanhamento de projetos de intervenção dessa natureza, evitando os altos níveis de evasão dos seus participantes.

Por fim, concluiu-se que a EAPEAP é válida e confiável para mensurar o construto em questão. Este estudo pode ter se limitado por apresentar amostra heterogênea e por apenas um grupo de mulheres ter sido avaliado com toque bidigital. Desse modo, sugere-se que a escala aqui apresentada seja utilizada e testada em futuros estudos com foco experimental.

● Referências

1. Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers JFM, Borne BVD. Strategies to enhance adherence and reduce drop out in conservative treatment. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Kampen M, editors. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. London: Elsevier; 2007. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-443-10146-5.50013-7>
2. Krüger AP, Luz SCT, Virtuoso JF. Home exercises for pelvic floor in continent women one year after physical therapy treatment for urinary incontinence: an observational study. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(5):351-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000006>
3. Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. Pereira VS, Escobar AC, Driusso P. Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática review. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(6):463-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000050>.
5. Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, Adriaans J, van den Borne B. Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res*. 2001;16(2):173-86. PMID:11345660. <http://dx.doi.org/10.1093/her/16.2.173>
6. Alewijnse D, Metsemakers JFM, Mesters IEPE, van den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurol Urodyn*. 2003;22(4):284-95. PMID:12808702. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10122>
7. Broome BAS. Development and testing of a scale to measure self-efficacy for pelvic muscle exercises in women with urinary incontinence. *Urol Nurs*. 1999;19(4):258-268. PMID:10889770.
8. Sampsel CM, Messer KL, Seng JS, Raghunathan TE, Hines SH, Diokno AC. Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005;16(6):441-6. PMID:16237512. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-005-1284-7>
9. Messer KL, Hines SH, Raghunathan TE, Seng JS, Diokno AC, Sampsel CM. Self-efficacy as a predictor to PFMT adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial. *Health Educ Behav*. 2007;34(6):942-52. PMID:17456856. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198106295399>
10. Chen S-Y, Tzeng Y-L. Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence. *J Nurs Res*. 2009;17(2):83-92. PMID:19516102. <http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181a53e7e>
11. Chen S-Y. The development and testing of the pelvic floor muscle exercise self-efficacy scale. *J Nurs Res*. 2004;12(4):257-66. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JNR.0000387510.52243.c8>
12. Tannenbaum C, Brouillette J, Korner-Bitensky N, Dumoulin C, Corcos J, Tu LM, et al. Creation and testing of the Geriatric Self-Efficacy Index for Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(3):542-7. PMID:18179504. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01572.x>
13. Zengin N, Pinar R. Reliability and validity of the continence self-efficacy scale in Turkish women with urinary incontinence. *Nurs Health Sci*. 2012;14(3):277-84. PMID:22632069. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00692.x>
14. Bandura A. Guide to the construction of self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan T, editors. Self-efficacy beliefs of adolescents. Greenwich: IAP - Information Age Publishing. 2006, v. 5, p. 307-337.
15. Mâsse LC, Heesch KC, Eason KE, Wilson M. Evaluating the properties of a stage-specific self-efficacy scale for physical activity using classical test theory, confirmatory factor analysis and item response modeling. *Health Educ Res*. 2006;21(Suppl 1):i33-46. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyl106>
16. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum. *BJOG*. 2003; 110(2):188-96. PMID:12618164. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.02205.x>
17. Borello-france D, Burgio KL, Goode PS, Markland AD, Kenton K, Balasubramanyam A, et al. Adherence to behavioral interventions for urge incontinence when combined with drug therapy: adherence rates, barriers, and predictors. *Phys Ther*. 2010;90(10):1493-506. PMID:20671098. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20080387>
18. Bandura A. Social Foundations of Thought & Action - A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
19. Pajares F, Olaz F. Teoria Social Cognitiva e Auto-eficácia: uma visão geral. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Zinken KM, Cradock S, Skinner TC. Analysis System for Self-Efficacy Training (ASSET). Assessing treatment fidelity of self-management interventions. *Patient Educ Couns*. 2008;72(2):186-93. PMID:18534809. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.04.006>
21. Wangberg SC. An Internet-based diabetes self-care intervention tailored to self-efficacy. *Health Educ Res*. 2008;23(1):170-9. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cym014>
22. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Efficacy Scale - International Among Elderly Brazilians (FES-I-BRAZIL). *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(3):237-43. PMID:20730369. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000300010>
23. Guimarães C, Teixeira-Salmela L, Rocha I, Bicalho L, Sabino G. Factors related to compliance with biomechanical insole use. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(3):271-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000300004>

Correspondence

Cinara Sacomori

LAGESC

Rua Pascoal Simone, 358, Coqueiros

CEP 88080-350, Florianópolis, SC, Brasil

e-mail: csacomori@yahoo.com.br

Anexo 1. Escala de Autoeficácia para Prática de Exercícios do Assoalho Pélvico (EAPEAP).

Responda conforme a escala:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Não pode de forma alguma				Moderada certeza que pode				Alta certeza que pode		

O quanto você se sente confiante de que pode:

Confiança

- Realizar os exercícios do assoalho pélvico por conta própria.
- Lembrar todos os dias de fazer os exercícios.
- Fazer os exercícios pelo menos três vezes por semana.
- Incluir os exercícios do assoalho pélvico no seu dia a dia.
- Continuar fazendo os exercícios mesmo que eles não estejam mostrando algum resultado perceptível.
- Fazer os exercícios nas férias e viagens.
- Fazer os exercícios na posição sentada.
- Fazer os exercícios na posição de pé.
- Contrair o assoalho pélvico antes de tossir, espirrar ou rir forte para evitar perdas de urina.
- Continuar fazendo os exercícios mesmo que suas responsabilidades pessoais e familiares estejam mais exigentes que o normal.
- Continuar fazendo os exercícios mesmo que tenha mais atividades para fazer que o normal.
- Continuar fazendo os exercícios mesmo na presença de outro problema de saúde que seja mais urgente.
- Fazer os exercícios mesmo que outras pessoas digam ser desnecessários (por exemplo: família, amigas).

Agora gostaríamos de saber o quanto você está confiante de que:

Confiança

- Os exercícios do assoalho pélvico irão prevenir ou melhorar problemas, tais como: perdas de urina ou queda de bexiga/útero.
- Os exercícios do assoalho pélvico irão melhorar sua vida sexual.
- Os exercícios do assoalho pélvico irão melhorar a percepção do seu próprio corpo.
- Os exercícios do assoalho pélvico serão benéficos para sua saúde e bem estar.