



Artigo Original

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM FIBROMIALGIA

LEVEL OF HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH FIBROMYALGIA

Resumo

Manoela de Oliveira Nascimento
Araújo¹
Saulo Vasconcelos Rocha¹
Jéssica Meira Mendes¹
Clarice Alves dos Santos¹
Lélia Renata das Virgens Carneiro¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Jequié – BA – Brasil

E-mail
svrocha@uesb.edu.br

A síndrome da Fibromialgia (FM) é uma condição de dor crônica, generalizada, de difícil tratamento e contribui para declínio da aptidão cardiorrespiratória e da qualidade de vida. Este estudo objetivou analisar a associação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida de mulheres com FM. Caracterizou-se como estudo transversal e a população foi constituída por 22 mulheres com FM atendidas no município de Itabuna – BA. O diagnóstico de FM foi de acordo com critérios do Colégio Americano de Reumatologia. O instrumento de coleta de dados foi constituído pelo Questionário do Impacto da Fibromialgia e Questionário Internacional de Atividade Física. Para análise dos dados, foram utilizados procedimento da estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequência e percentagem) e inferencial (teste Qui-quadrado e teste de Fischer), nível de significância de $p \leq 0.05$. A média de idade das entrevistadas foi de 41,05 (DP=6,543) anos, variando entre 27 e 56 anos. Na atividade física geral, 45,5% foram consideradas ativas fisicamente. Ao analisar as dimensões da atividade física, como meio transporte, apenas 31,8% são ativos e na dimensão do lazer, apenas 27,3%. A avaliação do nível de qualidade de vida dos sujeitos revelou que 72,7% apresentaram qualidade de vida negativa, enquanto apenas 27,3% referem ter uma qualidade de vida positiva. O presente estudo mostrou que a fibromialgia acomete preferencialmente mulheres e que essa síndrome interfere na qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: Fibromialgia; Qualidade de Vida; Atividade Física.

Abstract

The syndrome of fibromyalgia (FM) is a condition of chronic pain, general, difficult to treat and contributes to the decline of cardiorespiratory fitness and quality of life. This study aimed to analyze the association between physical activity and quality of life of women with FM. Was characterized as cross-sectional study and the population consisted 22 women with FM care in the city of Itabuna - BA. The diagnosis of fibromyalgia was according to criteria to American College of Rheumatology. The data collection instrument was established by the Fibromyalgia Impact Questionnaire and the International Physical Activity Questionnaire.

For data analysis, we used the procedure descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage) and inferential (Chi-square test and Fisher's test), significance level of $p \leq 0.05$. The average age of respondents was 41.05 (SD = 6.543) years, ranging between 27 and 56 years. In general physical activity, 45.5% were considered physically active. By analyzing the dimensions of physical activity as a means transportation, only 31.8% are active and in the dimension of leisure, only 27.3%. The assessment of the level of quality of life of the subjects revealed that 72.7% had negative quality of life, while only 27.3% reported having a positive quality of life. The present study showed that fibromyalgia affects mainly women and that this syndrome interfere with the patients' quality of life.

Key words: Fibromyalgia; Quality of Life; Physical Activity.

Introdução

A Fibromialgia (FM) constitui a segunda afecção reumatológica mais freqüente em países industrializados, sendo superada apenas pela osteoartrite degenerativa¹. É definida pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) como dor difusa com sensibilidade em 11 ou mais dos 18 pontos sensíveis à palpação localizados em várias partes do corpo, conhecidos como tender points², sendo, portanto, o achado físico padrão na FM diferenciando esta condição de outras doenças na categoria dos reumatismos extrarticulares³. Para diagnóstico da FM, o Colégio Americano de Reumatologia utiliza como critério o tempo médio de diagnóstico de 32,3 meses².

É frequentemente associada a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica, distúrbios psíquicos, intestinais, funcionais, rigidez matutina, fenômeno de Raynaud, além de queixas de tumefação das articulações na ausência de tumefação real. Pode apresentar-se isoladamente ou associada a outras síndromes ou doenças clínicas como lúpus eritematoso sistêmico, hipertireoidismo, artrite reumatóide e outras^{4,5}.

A etiologia dessa patologia é desconhecida e o manejo terapêutico insatisfatório⁶⁻⁸.

Velasco⁹ relata que a FM acomete preferencialmente as mulheres. A dor juntamente com outras características, como distúrbio do sono e fadiga, contribui para a piora da aptidão cardiorrespiratória, do estado geral de saúde e da qualidade de vida dos pacientes^{10, 11}.

As evidências da literatura apontam que ainda não existe um tratamento efetivo para FM¹². Entretanto, acredita-se que o tratamento ideal da FM requer uma combinação de terapias farmacológicas e não farmacológicas aplicadas por uma equipe multidisciplinar em saúde onde a prática regular de atividade física pode ser uma das modalidades terapêuticas utilizadas¹³.

A atividade física apresenta um efeito analgésico por estimular a liberação de endorfinas, atua como antidepressivo e proporciona uma sensação de bem-estar global e de autocontrole^{14,3}. Uma hipótese levantada por Valim¹⁵ para explicar esta observação é que a prática regular de atividade física provoca mudanças neuroendócrinas necessárias para a melhora do humor com o aumento de serotonina e norepinefrina.

Níveis reduzidos de serotonina foram detectados em exames de pessoas com FM, tais alterações do metabolismo da serotonina implicam na redução da

atividade do Sistema Inibidor de Dor, com uma conseqüente elevação da resposta dolorosa frente a estímulos algogênicos ou mesmo o aparecimento de dor espontânea^{16, 17}.

Os indivíduos com FM necessitam de um período maior e mais esforço pessoal para adaptação a um programa de exercício e por isso a progressão da carga deve ser mais lenta que o habitual¹⁵, para que possam usufruir das contribuições do exercício na melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida.

No entanto, a atividade física praticada em outros domínios como transporte, atividades domésticas e trabalho, poderá resultar em benefícios para saúde e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida entre portadores de fibromialgia.

Conhecer a realidade das condições de saúde, hábitos e qualidade de vida de portadores de fibromialgia em diferentes contextos e realidade socioculturais é relevante para uma melhor compreensão da doença.

Neste sentido, este estudo objetivou analisar a associação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida de mulheres com FM.

Método

Este estudo caracterizou-se como transversal realizado no município de Itabuna-BA.

Segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)¹⁸, o município de Itabuna possui uma área de unidade territorial de 432 Km², com 204.710 habitantes, ocupando a 5ª colocação como município baiano em número de residentes.

Participaram do estudo 22 mulheres selecionadas por conveniência. O critério de inclusão adotado foi o diagnóstico de FM de acordo com critérios do Colégio Americano de Reumatologia (tempo médio de diagnóstico de 32,3 meses)².

O instrumento de coleta de dados constituiu-se por questões sobre características sociodemográficas, Questionário do Impacto da Fibromialgia (FIQ), Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e condição de saúde autorreferida. Os dados foram coletados por meio de um questionário, aplicado em forma de entrevista individual, aplicada em salas disponibilizadas nos consultórios de reumatologia onde os pacientes faziam tratamento da fibromialgia.

O FIQ, segundo Marques *et.al*¹⁹, avalia a interferência da síndrome na realização das atividades de vida diária e sintomas como dor, fadiga, rigidez matinal, irritabilidade, ansiedade e depressão. A classificação da qualidade de vida dos pacientes foi feita por meio do cálculo final das 19 questões do FIQ que é um instrumento que tem pontuação total variando de 0 a 100 (0 = melhor qualidade de vida e 100 = pior qualidade de vida)¹⁹. A qualidade de vida foi classificada com base na mediana: 0 a 50 como positiva e acima de 50 como negativa.

A avaliação do nível de atividade física habitual foi realizada por meio do IPAQ, validado para a população brasileira²⁰. Este instrumento mede o tempo semanal gasto na realização de atividade física de intensidade moderada a

vigorosa em diferentes domínios (tarefas domésticas, trabalho, transporte e lazer), também mede o tempo despendido em atividades realizadas da posição sentada.

A classificação do nível de atividade física segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde²¹ classifica os indivíduos em ativos (os que acumulam mais de 150 minutos de atividades moderadas ou intensas por semana) e insuficientemente ativos (os que acumulam menos de 150 minutos de atividades moderadas ou intensas por semana). O cálculo do nível de atividade física foi feito avaliando todas as dimensões (atividade física geral) e por dimensão específica (tarefas domésticas, trabalho, transporte e lazer)^{22,23}.

Para a avaliação da condição de saúde autorreferida, retirou-se uma questão do WHOQOL Bref²⁴: “Como você avalia seu estado de saúde?” Os respondentes relataram essa condição como boa, regular ou ruim.

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa SPSS versão 15.0. Na análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequência e percentagem) e medidas de associação para variáveis categóricas, por meio do teste Qui-quadrado e Teste de Fisher. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0.05$.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, protocolo (CAE 0028.0.454.000-10), em cumprimento aos princípios éticos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Todos os entrevistados foram do sexo feminino. A média de idade das entrevistadas foi de 41,05 (DP= 6,543) anos, variando entre 27 e 56 anos.

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas e condições de saúde autorreferida. Entre as entrevistadas, a maioria das pacientes trabalha (68,2 %) e tem o ensino fundamental/médio completo (86,4%).

A condição de saúde referida das pacientes, a maioria das entrevistadas refere seu estado de saúde como regular (50%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e condição de saúde autorreferida, Itabuna-BA (2011)

| Variável | N | % |
|--|----|------|
| Faixa etária | | |
| Até 40 anos | 11 | 50 |
| Acima 40 anos | 11 | 50 |
| Trabalha | | |
| Sim | 15 | 68,2 |
| Não | 7 | 31,8 |
| Escolaridade | | |
| Superior | 3 | 13,6 |
| Fundamental/Médio | 19 | 86,4 |
| Condição de saúde auto-Referida | | |
| Boa | 6 | 27,3 |
| Regular | 11 | 50,0 |
| Ruim | 5 | 22,7 |

O nível geral e estratificado por dimensões da atividade física das pacientes com FM é apresentado na tabela 2. Na atividade física geral 45,5% são ativos fisicamente. Ao analisar a dimensão atividade física como meio de transporte, atividades domésticas, trabalho e lazer, o nível de atividade física foi menor, sendo insuficientemente ativos 31,8%, 100%, 100% e 27,3%, respectivamente.

Tabela 2. Nível de atividade física geral e estratificado por dimensões da atividade física, Itabuna-BA (2011).

| Variável | N | % |
|-------------------------|----|------|
| AF geral | | |
| Ativo | 10 | 45,5 |
| Insuficientemente ativo | 12 | 54,5 |
| AF transporte | | |
| Ativo | 7 | 31,8 |
| Insuficientemente ativo | 15 | 68,2 |
| AF doméstica | | |
| Ativo | 0 | 0 |
| Insuficientemente ativo | 22 | 100 |
| AF trabalho | | |
| Ativo | 0 | 0 |
| Insuficientemente ativo | 22 | 100 |
| AF no lazer | | |
| Ativo | 6 | 27,3 |
| Insuficientemente ativo | 16 | 72,7 |

A avaliação do nível de qualidade de vida dos sujeitos revelou que 72,7% apresentam qualidade de vida negativa, enquanto apenas 27,3% referem ter uma qualidade de vida positiva.

A tabela 3 descreve o nível de atividade física e qualidade de vida das pacientes portadoras de FM, tendo uma associação estatisticamente significativa ($p=0,003$). Entre os ativos fisicamente, 27,3% referem qualidade de vida positiva e 18,2% qualidade de vida negativa.

Tabela 3. Nível de atividade física geral e qualidade de vida de portadores de fibromialgia, Itabuna-BA (2011).

| Atividade Física Geral | Qualidade de vida | |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| | Positiva N (%) | Negativa N (%) |
| Ativos | 6 (27,3) | 4 (18,2) |
| Insuficientemente ativos | 0 (0) | 12 (54,5) |

Fisher's exact test = 22,00 $p=0,003$

Na tabela 4 observa-se que a associação entre dimensões da atividade física e qualidade de vida é estatisticamente significativa apenas para dimensão do lazer ($p=0,000$). Entre as atividades domésticas e de trabalho, não foram possíveis as realizações da análise. No caso das atividades domésticas 100%

da amostra são consideradas insuficientemente ativas, sendo assim, não foi realizada a análise de associação como pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4. Associação entre dimensões da atividade física e qualidade de vida e portadores de fibromialgia, Itabuna-BA (2011).

| Atividade Física | Qualidade de vida | | |
|--------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| | Positiva N (%) | Negativa N (%) | |
| Transporte | | | p=1.000 |
| Ativos | 2 (9,1) | 5 (22,7) | |
| Insuficientemente ativos | 4 (18,2) | 11 (50) | |
| Lazer | | | p=0.000 |
| Ativos | 6(27,3) | 0(0) | |
| Insuficientemente ativos | 0(0) | 16 (72,7) | |

Discussão

A síndrome da fibromialgia possivelmente pode refletir em uma condição de qualidade de vida negativa e, em geral, a fibromialgia está mais presente em indivíduos do sexo feminino. Os resultados encontrados no presente estudos corroboram com os dados encontrados no estudo de Filippon²⁵ que afirma que a FM é considerada uma doença mais prevalente em mulheres entre 20 e 50 anos.

A amostra investigada caracterizou-se por níveis mais elevados de pacientes que trabalham e com escolaridade. A escolaridade pode alterar a apresentação clínica porque, teoricamente, dar aos pacientes melhores condições para entender o processo da doença, bem como a importância de ajustes no estilo de vida que auxiliariam no enfrentamento da FM, reduzindo a ansiedade que se associa a um pior prognóstico dessa síndrome²⁶.

A literatura apresenta resultados conflitantes em relação à associação entre FM e nível educacional, havendo trabalhos que a associam a menor escolaridade enquanto outros à maior escolaridade^{27,28}.

Uma melhor condição social pode oferecer maior variedade de opções de tratamento, em especial naquelas modalidades não medicamentosas e a falta dessas condições levaria a tentativa de alívio dos sintomas em terapias não tradicionais e, muitas vezes, sem base científica²⁹.

A fibromialgia pode afetar de forma relevante na condição de saúde referida dos pacientes. Na população investigada, nenhuma paciente refere ter um estado de saúde excelente ou muito bom refletindo impacto negativo que a FM exerce sobre a saúde³⁰.

Goldenberg³¹ ressalta que a principal queixa das pacientes com fibromialgia é a dor difusa e crônica, muitas vezes difícil de ser localizada ou caracterizada com precisão. Os distúrbios do sono e a fadiga são relatados por 75% dos casos³, fadiga esta que tem início logo ao despertar e duração maior do que uma hora, reaparecendo no meio da tarde. Pacientes com FM também relatam rigidez matinal e sensação de sono não restaurador, apesar de terem dormido de 8 a 10 horas, sendo o sono superficial, com facilidade de acordar frente a qualquer estímulo, além de apresentar um despertar precoce³². Todos esses sintomas associados a FM acabam por influenciar na condição geral de saúde negativa dos portadores dessa síndrome.

Um dos tratamentos não farmacológico no tratamento da fibromialgia é a atividade física. Os benefícios que a mesma proporciona podem minimizar os efeitos negativos da doença na vida diária dos indivíduos.

Os sintomas da FM levam a perda de função, atingindo inclusive a capacidade para realizar tarefas domésticas³³, caso encontrado no presente estudo, na qual, 100% das entrevistadas são insuficientemente ativas no âmbito doméstico, demonstrando que os pacientes portadores de FM não conseguem realizar satisfatoriamente suas tarefas no lar.

As atividades físicas no lazer têm sido vistas como uma das mais importantes dimensões da atividade física³⁴, pois as evidências demonstram que 55% a 65% das atividades moderadas e vigorosas realizadas são provenientes de atividades desta natureza³⁵.

Para Pomerleau³⁶, indivíduos com menor nível de escolaridade apresentam maior prevalência de inatividade física durante o lazer. Em uma pesquisa realizada por Taylor *et al.*³⁷, também foi encontrada essa associação, possibilitando a inferência de que a atividade física está inversamente associada ao nível educacional.

Os músculos descondicionados estão mais propensos à ocorrência de lesões durante a realização de atividades, tais lesões podem provocar mais dor e agravar o quadro de condicionamento e sedentarismo dos portadores da FM, criando um ciclo vicioso de inatividade/dor³⁸.

Homman *et al.*³⁹, em seu estudo, afirmam que o sobrepeso ou obesidade, também parecem estar relacionados ao baixo desempenho físico e que a dor não interfere nesses resultados. Porém a dor parece comprometer de forma significativa o desempenho para as atividades cotidianas e a qualidade de vida destes indivíduos. Indivíduos com mais dor podem ter menos tolerância ao esforço¹⁶, isso talvez explique o fato de que na maioria das dimensões da atividade física as pacientes encontram-se insuficientemente ativas.

Além do mais, a disfunção nas atividades de vida diária provocada pela FM parece ser influenciada pela saúde mental do paciente e por sua condição física^{40,41}, o que acaba provocando sentimentos de vulnerabilidade e desamparo por se tratar de uma doença de origem não determinada e cura incerta.

Entre as pacientes entrevistadas, 72,7% relataram uma qualidade de vida negativa, apresentando uma alta frequência na amostra investigada. Os conceitos de saúde e qualidade de vida se interpoem – considerados como satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural, e a prioridade no tratamento de quaisquer doenças ou síndromes tem sido

cada vez mais, a busca pela saúde, em seu âmbito mais abrangente, e a melhora da qualidade de vida⁴².

Um aspecto importante da síndrome FM é o impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Os principais determinantes desse impacto são os sintomas de dor e fadiga e a incapacidade funcional resultante, apesar da ausência de deformidades⁵. Muitas vezes esses sintomas levam à incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, à queda na renda familiar refletindo negativamente na qualidade de vida dessas pessoas⁴².

Burckhard⁴³ comparou a qualidade de vida de mulheres com FM com a de mulheres com outras patologias diversas, como artrite reumatoide, osteoartrite, diabetes *mellitus* insulino dependente e doenças pulmonares obstrutivas crônicas e concluiu que os índices de qualidade de vida das mulheres com FM atingiam sempre os menores escores, o que sugere que esta patologia diminui a qualidade de vida.

A fibromialgia provoca um impacto negativo na qualidade de vida, pois, envolvendo aspectos pessoais e sociais, como limitações funcionais das atividades de vida diária, limitação física para o trabalho, impacto na saúde psicológica, dores.

Assim, o aumento do nível de atividade física contribui para uma melhor qualidade de vida, já que a atividade física proporciona benefícios para saúde física e mental suavizando as atividades diárias e elevando a expectativa de vida⁴⁴.

A prática de atividade física regular é benéfica para os pacientes com FM, dentre estes estão a diminuição da dor, relaxamento nos locais mais suscetíveis à dor, melhora da flexibilidade e da força, mais energia, melhor qualidade do sono^{3,45}, controle do peso mais eficiente, melhora da condição cardiovascular, da autoestima e da sensação de bem-estar, aumento da mobilidade muscular, além da melhora do equilíbrio durante a marcha^{46, 47}.

Stephens *et al.*⁴⁸ investigaram a eficácia e exequibilidade de um programa de treinamento físico em crianças e adolescentes com FM ao longo de 12 semanas. Os pacientes foram aleatoriamente indicados a um programa de treinamento aeróbico de alta ou baixa intensidade. Ambos os grupos apresentaram melhoras na função muscular, nos sintomas inerentes a doença, na qualidade de vida e na dor, embora os pacientes submetidos ao treinamento mais intenso tenham experimentado ganhos em maior número de parâmetros clínicos.

O paciente com patologia reumatológica deve realizar exercícios físicos, pois os seus benefícios são inquestionáveis, equilibrando os efeitos deletérios do sedentarismo, exceto em algumas condições como febre, anemia, insuficiência renal aguda, cardite, serosites, resposta isquêmica ao teste de esforço, arritmias e hipertensão arterial não controladas e desnutrição grave com perda maior que 35% do peso corporal⁴⁹.

Entre as limitações deste estudo, podem-se apontar o delineamento de pesquisa, impossibilitando o estabelecimento de causalidade entre as variáveis estudadas, e o tamanho da amostra relativamente pequeno.

Entretanto, incluiu-se todos os indivíduos diagnosticados encontrados nas clínicas de reumatologia visitadas. Esses resultados poderão contribuir

com as informações para o planejamento de futuras pesquisas com ações direcionadas a população com fibromialgia.

Conclusões

O presente estudo mostrou que a o nível de atividade física geral associou-se com a qualidade de vida. Essa associação, quando estratificada pelas dimensões da atividade física é mantida apenas no domínio do lazer.

A atividade física é muito útil para tratamento da FM, todavia, reconhece-se também que os sintomas associados acabam criando barreiras para sua prática, criando um círculo vicioso no qual o paciente não se exercita por conta das dores e não se exercitando piora as dores juntamente com outros sintomas, além de prejudicar sua capacidade de realizar tarefas de seu cotidiano que conseqüentemente acabam por influenciar no seu nível de qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, et al. Fibromyalgia vs rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 1995;22(2):201-4.
2. Wolfe F, *et al.* The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, v. 33, n. 2, p.160-72, 1990.
3. Santos LA da L, Santos DL: A influência da prática regular de kundalini yoga sobre variáveis funcionais em indivíduos portadores da síndrome da fibromialgia. *R. bras. Ci e Mov.* 2008; 16(2): 7-15.
4. David C, Lloyd R. *Reumatologia para fisioterapeutas*. São Paulo: Premier, 2001.
5. Martinez JE, Panossian C, Gavioli F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev. Bras. Reumatologia*, v. 46, n.1, 32-36, jan./fev., 2006.
6. Marty P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. Aisenstein M. The indissociable unity of psyche and soma: a view from the Paris Psychosomatic School. *Int. J. Psychoanal*, v. 87: 667-80, 2006.
8. Arnold RP, Rogers D, Cook DAG. Medical problems af adults who were sexually abused in childhood. *BMJ - British Medical Journal*, v. 300: 705-8, 1990
9. Velasco ES. *et al.* Ejercicio aeróbico e hidrocinesiterapia en El síndrome fibromiálgico. *Fisioterapia*. v. 27, n.3, p.152-60, Alcorcón, 2005.
10. Bennett RM. Beyond fibromyalgia: ideas on etiology and treatment. *J of Rheumatology*, v.16: 185-191, 1989.
11. Wolfe F, *et al.* The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, v.30(1): 19-29, 1995.
12. Ehrlich GE. Pain is real: fibromyalgia isn't. *J. Rheumatology*, v. 30: 1666-1667, 2003.
13. Blumer D, Klerman GL. Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain prone disorder. *J. Nerv. Ment Dis*, v.170: 381-406, 1982.

14. Jones KD, Clark S, Bennett RM. Prescribing exercise for people with fibromyalgia. *AACN Clinical Issues*, v.13(2), 277-93, 2002.
15. Valim V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatologia*. São Paulo, v.46, n.1, p. 49-55, jan./fev. 2006.
16. Mense S. Nociception from skeletal muscle pain in relation to clinical muscle pain. *Pain*, v.54: 241-289, 1993.
17. Russell IJ. Neurohormonal: abnormal laboratory findings related to pain and fatigue in fibromyalgia. *J. Musculoskeletal Pain*, v.3, 59-65, 1995.
18. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: março de 2010.
19. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, *et al.* Validação da versão brasileira da Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev. Bras. Reumatologia*, v. 46, n. 1, 2006.
20. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev. Bras. Ci mov.* v.12. n.1. 25-34, 2004
21. WHO. User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994.
22. Benedetti TB *et al.* Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *R. bras. Ci e Mov.*, v.12: 25-34, 2004.
23. Rocha SV *et al.* Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, v. 13: 257-264, 2011.
24. Fleck MPA *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*, v. 4, p: 178-83, 2000.
25. Filipon APM. A Influência do trauma infantil na fibromialgia em mulheres. 2008. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
26. Martinez JE *et al.* Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. Editorial. *Rev. Bras. Reumatologia*, v. 46, n.1, p. 3-10, São Paulo, jan./fev., 2006.
27. Mäkela M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ- British Medical Journal*, v.303: 216-9, 1991.
28. Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel SM, Hawley DJ. Socioeconomic impact of fibrositis: a study of 81 patients with primary fibrositis. *Am. J. Med.* v. 81 (suppl 3A): 78-84, 1986.
29. Alarcon GS, Bradley LA. Coming out of the closet: fibromyalgia in the 1990's. An American Perspective. *Rev Bras Reumatol*, v.34: 49-52, 1994.
30. Maeda CM, Martinez JE, Neder M. Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatologia*, v. 46, n.1, p. 3-10, São Paulo, jan./fev., 2006.
31. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *J. Am. Med. Assoc.*, v. 257:2782-7, 1987.
32. Moldofsky H. Nonrestorative sleep and symptoms after a febrile illness in patients with fibrositis and chronic fatigue syndromes. *J. Rheumatology*, 16:150-3, 1989.
33. Santo ASE. Avaliação do equilíbrio em mulheres com e sem fibromialgia e sua relação com dor, flexibilidade e qualidade de vida. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, São Paulo, (2009).

34. Mota J, Santos MP, Ribeiro JC. Differences in leisure-time activities according to level of physical activity in adolescents. *J Phys Act Health*. Mar;5(2):286-93, 2008.
35. Katzmarzyk PT, Malina RM. Contribution of organized sports participation to estimated dailyenergy expenditure in youth. *Pediatr Exerc Sci*.10:378-86, 1998.
36. Pomerleau J, Pederson LL, Ostbye T, Speechley M, Speechley KN. Health behaviours and socio-economic status in Ontario, Canada. *American Journal of Epidemiology*, 613-620, 1997
37. Taylor CB, Baranowski T, Young DR. Physical Activity interventions in Low-Income, Ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4): 334-43 1998.
38. Cardoso FS, *et al.* Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, 51(4):338-50, 2011.
39. Homann D, *et al.* Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* , 13(4):292-298, 2011.
40. Harrop-Griffiths J, *et al.* The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstet Gynecol*, v. 71: 589-94, 1998.
41. Ribeiro LS, Proietti FA. Fibromialgia e Estresse Infecçioso: Possíveis Associações Entre a Síndrome de Fibromialgia e Infecções Viróticas Crônicas. *Rev Bras Reumatol*, v. 45, n. 1, p. 20-9, jan./fev., 2005
42. Santos AMB, *et al.* Depressão e Qualidade de Vida Pacientes com fibromialgia. *Rev. bras. Fisioter.* V. 10, n.3, p 317-24, 2006.
43. Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J. Rheumatology*, v. 18, 728-733, 1991.
44. Carvalho PM *et al.* A Atividade Física na Melhora da Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Fibromialgia. *Revisa*, v. 3, p. 43-52, 2014.
45. Campos RMS, Silva A, Queiroz SS, Mônico Neto M, Roizenblatt S, Tufik S, & Mello MT. Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. *Motriz*, Rio Claro, v.17, n.3, p.468-476, jul./set. 2011 470.
46. Chaitow L. Síndrome da fibromialgia: um guia para tratamento. São Paulo: Manole, 2002.
47. Apsen Farmacêutica. A "cura" da fibromialgia. Disponível em: <<http://www.fibromialgia.com.br>>. Acesso em: 05 de março, 2012.
48. Stephens S, Feldman BM, Bradley N, Schneiderman J, Wright V, Singh- Grewal D, *et al.* Feasibility and effectiveness of an aerobic exercise program in children with fibromyalgia: results of a randomized controlled pilot trial. *Arthritis Rheum* 2008; 59(10):1399-406.
49. Gualano *et al.* Efeitos terapêuticos do treinamento físico em pacientes com doenças reumatológicas pediátricas *Rev Bras Reumatol* 2011;51(5):484-96 495.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP)
Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho
Jequié - Bahia - Brasil
CEP– 45200-000

Recebido em 05/08/2014

Aprovado em 17/03/2015