

Efeito da caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia de mulheres com síndrome da fibromialgia

Effect of practical of walk on the quality life and self- efficacy of women with fibromyalgia syndrome

STEFFENS RAK, VALE BR, FONSECA ABP, VIANA MS, BRANDT R, ANDRADE A. Efeito da caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia de mulheres com síndrome da fibromialgia; **R. bras. Ci. e Mov** 2012 ;20(1):41-46.

Ricardo de A. K. Steffens¹
Bruno R. do Vale¹
Alessandra B. P. Fonseca¹
Maick da S. Viana¹
Ricardo Brandt¹
Alexandro Andrade¹

¹Universidade do Estado de Santa Catarina

RESUMO: Objetivo: Verificar o efeito da prática de 10 sessões de caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia de mulheres com Síndrome da Fibromialgia (FM). **Método:** Participaram do estudo oito mulheres com diagnóstico clínico de FM, selecionadas de forma não-probabilística intencional. As avaliações foram realizadas antes e após 10 sessões da prática de caminhada. Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sócio-demográfico e Clínico, o Questionário de Impacto da Fibromialgia e a Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica. Após a verificação da normalidade através do teste Shapiro-Wilk, os dados foram tratados com estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão) e inferencial (teste t de Student e teste de Pearson). **Resultados:** A média de idade das participantes foi de 49 anos ($\pm 12,8$), o impacto da síndrome da fibromialgia na qualidade de vida no pré-teste foi de 53,64 pontos e no pós-teste de 51,99 pontos ($p=0,73$) e a Auto-eficácia no pré-teste foi de 147,57 pontos e no pós-teste foi de 172,27 pontos ($p=0,15$). Em relação aos três domínios deste questionário, apenas o domínio da Auto-eficácia para lidar com outros sintomas apresentou diferença significativa entre o pré e pós-teste ($p=0,02$). Houve correlação negativa pós-teste ($r=-0,72$; $p=0,042$) entre o impacto da fibromialgia e a auto-eficácia. **Conclusão:** Apesar do curto período de intervenção realizado, a prática de caminhada melhorou o domínio da auto-eficácia para lidar com outros sintomas em mulheres com FM. Em relação à qualidade de vida, não ocorreram melhoras.

Palavras-chave: Exercício; Fibromialgia; Mulheres.

ABSTRACT: Objective: Verify the effect of practical of 10 walk sessions on the quality life and self-efficacy of women with Fibromyalgia Syndrome (FM). **Method:** eight women with clinical diagnosis of FM had participated of the study. The evaluations were before and after 10 sessions of the practical of walking. The used instruments were the "Questionário Sócio-Demográfico e Clínico", "The Fibromyalgia Impact Questionnaire", and the "Chronic Pain Self-efficacy Scale". After the verification of normality through the Shapiro-Wilk test, the data were dealt with descriptive statistics (frequency, average and deviation standard), test t and Pearson. **Results:** The average of age of the participants was of 49 years ($\pm 12,8$), the impact of the fibromyalgia syndrome in the quality of life in the daily pay-test was of 53,64 points and in the after-test of 51,99 points ($p=0,73$) and the self-efficacy in the daily pay-test was of 147,57 points and in the after test was of 172,27 points ($p=0,15$). In respect to the three domains of this questionnaire, only the domain of the self-efficacy to deal with other symptoms presented significant difference between the daily pay and after-test ($p=0,02$). After test had negative correlation ($r=-0,72$; $p=0,042$) on the impact of the fibromyalgia and self-efficacy. **Conclusion:** Although the small number of accomplished sessions (10 sessions), the practical of walking improved the domain of the self-efficacy to deal with other symptoms in women with FM. In the analysis of the quality of life, had not occurred improvements.

Key Words: Exercise; Fibromyalgia; Women.

Enviado em: 17/11/2010
Aceito em: 16/02/2012

Introdução

A síndrome da fibromialgia (FM) foi definida em 1990 pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) como uma síndrome de dor difusa e crônica, caracterizada pela presença de pelo menos 11 dos 18 pontos anatomicamente específicos (*tender points*), dolorosos à pressão de até quatro kg/cm^{1,2}. Além da dor, pessoas com FM também apresentam sintomas como rigidez, fadiga, distúrbios do sono, cansaço, depressão e ansiedade³, interferindo em diferentes setores de suas vidas. Assim, tanto a qualidade de vida, entendida como um fator que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais, que estão relacionados com a percepção do indivíduo sobre sua condição ou doença e subsequente tratamento⁴, quanto a auto-eficácia, que é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável¹, são prejudicados em pessoas com FM.

Atualmente, um dos tratamentos recomendados para este público é a prática de exercícios físicos, os quais têm demonstrado efeitos favoráveis para essa população⁵. Nesse sentido, a prática de caminhada está entre as atividades mais adequadas, pois é uma intervenção de baixo custo e fácil aplicação que pode promover inúmeros benefícios aos portadores da FM⁶.

Existe carência de estudos nacionais que investiguem a prática de exercícios físicos e seus benefícios para pessoas com FM, especialmente envolvendo a caminhada e seus efeitos sobre a qualidade de vida e auto-eficácia. Considerando o exposto, o presente estudo teve como objetivo investigar os efeitos da caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia em mulheres com FM.

Materiais e Métodos

Esta pesquisa se caracterizou como semi-experimental, com delineamento de medidas pré e pós-tratamento sem grupo controle, à qual teve em sua amostra oito mulheres, selecionadas de maneira não-probabilística intencional, de acordo com os seguintes critérios: diagnóstico clínico de FM, idade superior a 17

anos e participação mínima em 80% das sessões do programa de caminhada (10 sessões).

O estudo foi conduzido dentro dos padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinque e de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob protocolo nº 18/2009. Todas as participantes da pesquisa tinham ciência de que a participação era voluntária, e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, onde foram informados do sigilo da pesquisa, e de que sua privacidade e identidade seriam preservadas.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (QSDC): estruturado por Konrad⁹, que contém dados sócio-demográficos, tais como idade, escolaridade e ocupação e contém também dados clínicos, como início dos sintomas, tempo do diagnóstico e principais sintomas referidos.

Questionário de impacto da fibromialgia (FIQ): o questionário avalia especificamente o impacto da FM sobre a qualidade de vida dos portadores desta síndrome, por meio de 10 componentes: capacidade funcional, bem-estar, faltas no trabalho, dificuldades no trabalho, dor, fadiga, rigidez, sono, ansiedade e depressão. O somatório do questionário varia entre zero e 100 pontos, considerando-se casos extremos de impacto da FM aqueles que apresentarem pontuação igual ou superior a 70. Utilizou-se a versão nacional apresentada por Konrad⁶.

Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC): validada por Salvetti e Pimenta⁷, a escala é composta de 22 itens, sendo divididos em três domínios: (AED) Auto-eficácia para o controle da dor, (AEF) Auto-eficácia para funcionalidade e (AES) Auto-eficácia para lidar com outros sintomas. A escala é linear horizontal crescente, com pontos variando de 10 a 100. O resultado 10 se refere a muita incerteza e 100 se refere a muita certeza. A soma dos três domínios fornece o escore total da escala que varia entre 30 e 300. Quanto mais elevado o

resultado, mais certeza de auto-eficácia, ou seja, melhor será a percepção de auto-eficácia.

Os instrumentos foram aplicados antes e após as 10 sessões do programa de caminhada, em local tranquilo, sem que os participantes da pesquisa sofressem interferências externas. Os pesquisadores estiveram próximos para esclarecer quaisquer dúvidas que viessem a surgir durante o preenchimento dos questionários.

As 10 sessões de caminhada foram divididas em três partes: a) 15 minutos de aquecimento, com exercícios de alongamento e aquecimento para as principais articulações do corpo; b) 20 a 30 minutos de caminhada, variando de acordo com o nível de condicionamento físico de cada praticante; c) 15 minutos de retorno à calma ou relaxamento, sendo realizados exercícios respiratórios e alongamentos, com o objetivo de diminuir a frequência cardíaca aos níveis de repouso.

Utilizou-se a durante a prática de caminhada a intensidade de treinamento sugerida por Valim⁵ para esta população. Segundo a autora, em um primeiro estágio de adaptação, que foi o caso das mulheres participantes deste estudo, a intensidade deve variar entre 60% e 75% da frequência cardíaca máxima, onde os benefícios do exercício físico são maiores e com menor risco de aumento da dor.

Em nosso estudo, considerou-se como variáveis intervenientes o aumento da dosagem de medicamento, a prática de outros exercícios físicos, abalos emocionais e mudanças de hábitos alimentares. Considerando que essas alterações poderiam influenciar no resultado da pesquisa, as participantes foram informadas que deveriam relatar aos pesquisadores caso alguma destas situações ocorresse, o que não aconteceu.

A estatística foi realizada por meio de análise descritiva que determinou a média, frequência e desvio padrão. Uma análise exploratória dos dados precedeu a análise estatística inferencial a fim de verificar a normalidade dos dados (teste de *Shapiro-Wilk*). As médias das variáveis dependentes do pré e pós-testes foram comparadas com a utilização do teste t de *Student* pareado. Para verificar a correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de *Pearson*. Estabeleceu-se como nível

de significância para os testes estatísticos $\alpha=0,05$ ($p<0,05$).

Resultados

A média de idade das participantes foi de 49 anos ($\pm 12,8$), sendo que cinco cursaram até o ensino fundamental. Sete delas trabalhavam, porém cinco encontravam-se afastadas de seus ofícios devido aos sintomas provenientes da FM. Em média, as participantes sentiam os sintomas da FM há oito anos ($\pm 2,7$), porém o diagnóstico médico foi realizado aproximadamente quatro anos após o surgimento destes ($\pm 2,7$).

Diversos são os sintomas apresentado pelas participantes, sendo que todas apresentaram “sono não reparador” e “falha na memória” e sete participantes referiram “dor generalizada”, “rigidez articular” e “formigamento”. Outros sintomas como “dor localizada”, “fadiga”, “ansiedade”, “dificuldade de concentração”, “dor de cabeça frequente”, “depressão do humor”, “tontura” e “pernas inquietas” também foram indicados, porém com menor frequência.

Em relação ao impacto da fibromialgia sobre a qualidade de vida das mulheres com FM, os dados das avaliações do pré e pós-teste são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Impacto da FM sobre os componentes da qualidade de vida em mulheres antes e após 10 sessões de caminhada

Componentes	Pré-teste Média ($\pm$)	Pós-teste Média ($\pm$)
Capacidade Funcional	3,75 (2,72)	4,80 (2,02)
Bem-Estar	6,61 (3,57)	4,29 (2,41)
Faltas no Trabalho	3,75 (4,57)	2,86 (2,75)
Dificuldade no Trabalho	5,50 (2,44)	5,63 (2,56)
Intensidade da Dor	6,50 (2,87)	5,88 (2,10)
Cansaço	6,63 (2,97)	6,25 (2,71)
Sono	4,86 (3,67)	6,00 (2,82)
Rigidez	6,25 (2,76)	6,38 (2,77)
Ansiedade	5,75 (3,61)	4,38 (2,82)
Depressão	5,38 (3,96)	5,13 (3,98)
FIQ total	53,64 (23,33)	51,99 (17,42)

Percebe-se que a pontuação total do FIQ tanto no pré como no pós-teste foi mediana, demonstrando um impacto tolerável da fibromialgia na sua qualidade de vida. Os componentes que alcançaram pior resultado foram o bem-estar, a intensidade da dor, o cansaço e a rigidez.

A auto-eficácia para “lidar com outros sintomas” foi significativamente maior no pós-teste (tabela 2). “Controle da dor” e “funcionalidade” não tiveram variação significativa entre o pré e o pós-teste.

Tabela 2. Auto-eficácia para dor crônica em mulheres com FM antes e após 10 sessões de caminhada

Domínios da Auto-Eficácia	Pré-Teste Média (±)	Pós-Teste Média (±)
Controle da Dor	45,00 (28,81)	59,50 (17,19)
Funcionalidade	59,27 (25,77)	55,65 (16,19)
Lidar com Outros Sintomas*	43,28 (22,87)	57,12 (17,98)
AEDC total	147,57 (63,31)	172,27 (47,50)

* Diferença significativa ao nível $p < 0,05$ (bi-caudal)

Existe uma elevada correlação (negativa) entre a auto-eficácia e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida das participantes, tanto no pré ($r = -0,884$ / $p < 0,01$) como no pós-teste ($r = -0,724$ / $p < 0,05$).

Discussão

A presente pesquisa teve como objetivo investigar os efeitos da caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia em mulheres com FM. Embora seu diagnóstico tenha sido definido há aproximadamente 20 anos², a síndrome ainda carece de estudos que visem desenvolver estratégias para amenizar seus sintomas, sendo a prática da caminhada uma possível intervenção apontada pela literatura⁶.

As oito mulheres que participaram da pesquisa apresentaram idade e nível de escolaridade semelhante à média encontrada em outro estudo⁸ envolvendo essa população. Grande parte das participantes se encontrava afastada do trabalho, o que remete a um problema comum causado pela FM, que é o afastamento do trabalho ou serviço do lar por debilidade funcional⁶. A diferença entre o tempo de início dos sintomas e o diagnóstico médico se

confirma com a literatura atual, a qual apresenta uma variação de dois a 11 anos para o diagnóstico da síndrome⁶.

As mulheres participantes de nosso estudo referem alguns sintomas que anteriormente já foram diagnosticados em outros estudos que envolveram pessoas com FM². Fica evidente que os sintomas estão relacionados às características da FM, tanto nos aspectos físicos, como dor generalizada e localizada, rigidez articular, formigamento e fadiga, como nos psicossociais, tais como depressão, humor e ansiedade.

A FM pode comprometer a qualidade de vida, prejudicando fisicamente e emocionalmente seus portadores⁹. Enquanto faz parte do tratamento, a prática de exercícios pode ser benéfica aos portadores da síndrome. Tomas-Carus *et al.*¹⁰ estudaram um grupo de 17 participantes que realizaram exercícios na água (aeróbios, de força e alongamentos) comparado com 17 participantes de um grupo controle. O grupo que realizou exercícios melhorou sua qualidade de vida e teve diminuição da dor em 84% dos participantes. Por outro lado, Meyer e Lemley¹¹ verificaram que a intensidade do exercício pode influenciar esses resultados, sendo mais benéficos os exercícios com baixa intensidade. Em seu experimento, os autores verificaram que a caminhada de alta intensidade aumentou o impacto da FM na qualidade de vida, enquanto a caminhada de baixa intensidade trouxe resultados positivos, reduzindo o impacto da FM.

Embora em nosso estudo não tenha havido redução significativa no impacto da FM sobre a qualidade de vida após as sessões de caminhada, percebe-se uma discreta diminuição nos valores relacionados à “sensação de bem-estar”, “faltas no trabalho”, “intensidade da dor”, “ansiedade”, “depressão” e no escore total do FIQ, como em estudos realizados anteriormente¹². Os resultados podem ter sido influenciados pelo número de sessões de caminhada. Segundo Valim⁵, nas primeiras oito semanas os sintomas da FM podem aumentar, sugerindo que os tratamentos sejam de 15 semanas ou mais, visando um efeito mais favorável, pois, ensaios de curta duração não promovem melhoras significativas na qualidade de vida, tais como mostrado no estudo de Buckelew *et al.*¹³. Já

Santos e Santos¹⁴ demonstraram que houve uma melhora significativa na qualidade de vida das praticantes de kundalini yoga em seu estudo com 16 sessões desta prática.

A auto-eficácia pode estar relacionada com diferentes tipos de comportamentos da dor crônica e a incapacidade de realizar tarefas¹⁵. As participantes da pesquisa apresentaram moderada auto-eficácia, semelhante ao estudo de Salvetti e Pimenta¹⁶. Esse aspecto deve estar relacionado aos sintomas da síndrome, onde a dor e rigidez muscular, entre outros, podem comprometer a capacidade física, diminuindo a mobilidade e a percepção da realização de determinadas tarefas. No entanto, a prática de exercícios físicos pode atuar positivamente na forma como a pessoa lida com a dor e no aumento da auto-eficácia¹⁷.

Existem relações entre auto-eficácia e diferentes tipos de comportamentos na dor crônica, onde os resultados demonstraram que a auto-eficácia reduzida pode influenciar diretamente no aumento da dor e na forma de lidar com ela¹⁸. No presente estudo foi verificada melhora significativa na auto-eficácia em “lidar com outros sintomas”, como no estudo de Buckelew *et al.*¹⁹, demonstrando que após as 10 sessões de prática de caminhada as participantes conseguiram administrar melhor os sintomas da síndrome. Esse fato demonstra que o exercício físico é positivo para pessoas que sofrem com a dor²⁰, onde, existindo uma variedade de sintomas, o fato de se conseguir lidar de maneira positiva com estes parece ser uma tarefa difícil.

A relação entre o impacto da FM e a auto-eficácia mostra que as participantes da pesquisa com maior auto-eficácia geralmente apresentaram melhor qualidade de vida. Nesse sentido, o exercício físico pode contribuir ao proporcionar benefícios para as capacidades físicas, possibilitando melhoras no desempenho de outras atividades diárias e interferindo positivamente na auto-eficácia.

É importante ressaltar as limitações que podem ter influenciado o estudo, tais como: a baixa aderência das pessoas com fibromialgia a programas de exercícios físicos, o que resulta em um menor número de

participantes; o número de sessões realizadas e a falta de um grupo controle. Sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas com um número maior de sessões de caminhada e com a utilização de grupo controle, na busca por resultados mais contundentes em benefício desta população.

Conclusões

Percebe-se melhora na auto-eficácia de mulheres com FM após 10 sessões de caminhada orientada, especialmente na maneira como elas lidam com os sintomas da síndrome. Quanto à qualidade de vida, embora se tenha percebido melhoras específicas em alguns construtos, a prática proposta não foi suficiente para promoção de melhoras significativas.

Referências

1. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev** 1977; 84:191-215.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Benett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. **Arthritis Rheum** 1990; 33:160-72.
3. Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in general population. **J Rheumatol** 1993; 20:710-53.
4. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2007; 29(3): 134-40.
5. Valim V. Benefícios dos Exercícios Físicos na fibromialgia. **Rev Bras Reumatol** 2006; 37(1): 49-55.
6. Konrad LM. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia** [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC; 2005.
7. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-efficacy Scale para a língua portuguesa. **Rev Psiquiatr Clín** 2005; 32(4): 202-10.
8. Sabbag LMS, Pastore CA, Yazbek Jr. P, Miyazaki MH, Gonçalves A, Kaziya HHS, et al. Efeitos do condicionamento físico sobre pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Med Esporte** 2007; 13(1): 6-10.
9. Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbidity illness, and sociodemographic disadvantage characterize patients with fibromyalgia. **J Rheumatol** 2004; 31: 696-700.

10. Tomas-carus P, Häkkinen A, Gusi N, Leal A, Hakkinen K, Ortega-Alonso A. Aquatic Training and Detraining on Fitness and Quality of Life in Fibromyalgia. **Med Sci Sports Exerc** 2007; 39(7): 1044-50.
11. Meyer BB, Lemley KJ. Utilizing exercise to affect the symptomology of fibromyalgia: a pilot study. **Med Sci Sports Exerc** 2000; 32(10): 1691-97.
12. Selway, CM, Richards SC, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia; parallel group randomized controlled trial. **Br Med J** 2002; 325: 1-4.
13. Buckelew SP, Conway R, Parker J, Deuser WE, Read J, Witty TE, et al. Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromialgia: a prospective trial. **Arthritis Care Res** 1998; 11(3): 196-209.
14. 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.
15. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. **Disabil Rehabil** 2000; 22(17): 794-801.
16. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(1): 135-40.
17. Frost H, Klaber JA, Moser JS, Fairbank CT. Randomised controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain. **Br Med J** 1995; 310: 151-154.
18. Buescher KL, Johnston JA, Parker JC, et al. Relationship of self-efficacy to pain behavior. **J Rheumatol** 1991; 18(2): 968-72.
19. Buckelew S, Huyser B, Hewett JE, Parker JC, Johnson JC, Conway R, et al. Self-Efficacy Predicting Outcome Among Fibromyalgia Subjects. **Arthritis Care Res** 1996; 9(2): 97-104.
20. Culos-Reed SN, Brawley LR. Fibromyalgia, Physical Activity, and Daily Functioning: The Importance of Efficacy and Health-Related Quality of Life. **Arthritis Care Res** 2000; 13(6): 343-51.