

# EVASÃO DE UM PROGRAMA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR PARA MULHERES COM FIBROMIALGIA

## *Dropout of a multidisciplinary treatment program for women with fibromyalgia*

Artigo Original

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a evasão de um programa de tratamento multidisciplinar da fibromialgia (FM). **Métodos:** Estudo observacional realizado durante o período de abril de 2000 a dezembro de 2005, incluindo 133 mulheres com FM, participantes de um programa de tratamento multidisciplinar. As que se afastaram do tratamento por período de duas semanas ou mais foram classificadas como inativas e contatadas por telefone para registro dos motivos de sua evasão, sendo estes divididos em quatro grupos: 1) Familiares; 2) Ocupações; 3) Médicos; 4) Outros Motivos. **Resultados:** No momento da coleta de dados, 92 (69,4%) mulheres foram consideradas como inativas. Não houve diferença significativa entre a evasão de antes e de após seis meses de tratamento. Do total de mulheres inativas, 54 (40,8%) participantes evadiram por motivos médicos, 30 (22,6%) por outros motivos, 26 (19,4%) por motivos familiares e 23 (17,2%) por ocupação. Não foi observada diferença estatística entre os motivos de evasão de acordo com o tempo de permanência no programa ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** Conclui-se que o programa multidisciplinar para mulheres com FM apresentou níveis elevados de evasão, sendo que metade destes ocorreu nos seis primeiros meses. Dentre os principais motivos relatados para o abandono, os motivos médicos foram mais observados.

**Descritores:** Fibromialgia; Atividade Motora; Doença Crônica; Dor.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the dropout of a multidisciplinary treatment program in fibromyalgia (FM). **Methods:** An observational study conducted during the period of April 2000 to December 2005, including 133 women with fibromyalgia, participating in a multidisciplinary treatment program. Those who had left the treatment for two weeks or more were classified as inactive and contacted by telephone to record the reasons for their noncompliance, which were divided into four groups: 1) Family; 2) Occupations; 3) Medical; 4) Other Reasons. **Results:** When collecting data, 92 (69.4%) women were considered inactive. There was no significant difference between noncompliance before and after six months of treatment. Of the total number of inactive women, 54 (40.8%) participants left for medical reasons, 30 (22.6%) for other reasons, 26 (19.4%) for family reasons and 23 (17.2%) due to occupation. There was no statistical difference between the motives of dropout according to the length of stay in the program ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** We conclude that the multidisciplinary program for women with fibromyalgia had high levels of noncompliance, half of them occurred in the first six months. Among the main reasons reported for dropout, the medical reasons were more frequent.

**Descriptors:** Fibromyalgia; Motor Activity; Chronic Disease; Pain.

Tatiana Rehder Gonçalves<sup>(1)</sup>  
Mauro Felipe Felix Mediano<sup>(1)</sup>  
Maria Lucia Alves Cavaliere<sup>(1)</sup>  
José Silvio de Oliveira Barbosa<sup>(1)</sup>

1) Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UERJ – Rio de Janeiro (RJ) – Brasil

Recebido em: 23/09/2008  
Revisado em: 13/05/2009  
Aceito em: 17/02/2010

## INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa músculo-esquelética crônica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor difusa pelo corpo e sensibilidade exacerbada à palpação de determinados sítios, denominados pontos dolorosos (“*tender-points*”), influenciando negativamente na qualidade de vida de seus portadores<sup>(1-3)</sup>. Na população mundial, sua prevalência varia entre 0,66 e 4,4%, sendo maior em mulheres do que em homens, principalmente na faixa etária entre 35 e 60 anos<sup>(4)</sup>.

O tratamento da FM permanece ainda hoje voltado para as manifestações clínicas e se dá através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Evidências científicas mostram que a dor causada pela FM pode ser modulada pelo exercício físico<sup>(5-9)</sup>. Mulheres com FM submetidas a um programa de condicionamento físico supervisionado apresentaram melhora na capacidade funcional, da dor e da qualidade de vida<sup>(10)</sup>. Um estudo de revisão reforçou os efeitos terapêuticos do exercício físico para indivíduos com FM e salientam que tais efeitos podem ser maiores quando aliados a outras terapias como dieta e apoio psicológico, promovendo melhora na autoestima e menor impacto da doença na qualidade de vida<sup>(11)</sup>. Contudo, apesar dos reconhecidos benefícios, os programas de tratamento da FM sofrem com altos percentuais de evasão.

Estima-se que 50% dos indivíduos que iniciam um programa de exercício físico o interrompam nos seis primeiros meses<sup>(12)</sup>. Adicionalmente, estudos têm apontado que a grande parte das desistências ocorre durante os três meses iniciais com resultados semelhantes para todas as faixas etárias, independentemente do sexo. A evasão ao tratamento constitui-se num dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, sendo esta maior em situações que requerem tratamentos longos, como doenças crônicas, e quando há necessidade de alteração no estilo de vida, como é o caso da atividade física<sup>(13-15)</sup>. Uma possível razão para a baixa adesão à prática de atividade física é que esta, na maioria das vezes, não é prescrita, levando em conta as características de cada população<sup>(16)</sup>. Em indivíduos com doenças crônicas, como é o caso da FM, a baixa adesão à prática de exercícios físicos dificulta o controle da doença e a mensuração de seus efeitos.

Desse modo, trabalhos que quantifiquem as taxas de evasão a um programa de tratamento da FM, com base na prática de exercícios físicos, bem como identifiquem seus motivos, tornam-se necessários para desenvolvimento de estratégias que facilitem a adesão. O objetivo do presente estudo consistiu em quantificar o percentual de evasão entre participantes de um programa de tratamento multidisciplinar da FM envolvendo exercícios físicos, orientação alimentar e apoio psicológico, e identificar seus principais motivos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, realizado durante o período de abril de 2000 a dezembro de 2005, onde foram investigados todos os participantes (133 mulheres) de um programa de tratamento da FM envolvendo exercícios físicos, orientação nutricional e apoio psicológico desenvolvido em uma Universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. Para ingresso no programa de tratamento realizou-se entrevista onde foram coletados dados pessoais (idade, peso e altura), histórico da doença (diagnóstico, sintomas, ano de início, medicação em uso, tratamentos realizados) e informações sobre a prática de exercícios físicos. Incluíram-se indivíduos diagnosticados com FM de acordo com os critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia<sup>(17)</sup>, não sendo compreendidos aqueles que apresentassem cardiopatias ou alguma limitação que impossibilitasse a prática regular de exercícios físicos no momento ao ingresso no programa de tratamento.

O programa de exercícios físicos incluiu atividades desenvolvidas em duas sessões semanais de 60 minutos e consistiu na realização de atividades aeróbias de moderada intensidade (70-85% frequência cardíaca de pico obtida em teste ergométrico máximo de ingresso no programa), que compreendeu exercícios calistênicos, caminhada, atividades de iniciação desportiva, atividades recreativas e treinamento contra resistência e de flexibilidade. A intervenção nutricional constou de consultas individuais mensais de orientação alimentar com distribuição equilibrada de macronutrientes e encontros semanais em grupo para discussão de temas referentes à alimentação saudável. Realizou-se semanalmente apoio psicológico em grupo fundamentado na terapia de mudança comportamental.

Desde o início do programa de tratamento, em abril de 2000, as participantes que se afastaram do tratamento por período de duas semanas ou mais foram classificadas como inativas e contatadas por telefone por único avaliador para registro dos motivos de sua evasão, sendo divididas em quatro grandes grupos de acordo com as respostas obtidas: 1) Motivos Familiares – evasão provocada pela necessidade de auxiliar os familiares em suas tarefas diárias e / ou adoecimento de algum membro da família; 2) Ocupação – evasão provocada por atividades não relacionadas ao tratamento (ex: fim da licença médica, ingresso em um novo emprego ou estudo); 3) Motivos médicos – evasão provocada por comprometimento da saúde do indivíduo que implicasse em inadequação das atividades desenvolvidas no programa de tratamento e / ou redução da segurança para prática de exercícios; 4) Outros – englobam evasões provocadas por outros motivos como busca de outro tratamento, distância entre a residência e o centro de tratamento, autonomia na prática de exercícios físicos e motivos desconhecidos.

Não houve recusa para resposta dos motivos de evasão ao programa de tratamento. As mulheres que retornaram ao programa de tratamento após período de 2 semanas de afastamento permaneceram classificadas como inativas com intuito de evitar duplicidade na coleta dos dados.

Feita a divisão dos motivos da evasão, as mulheres foram agrupadas de acordo com o tempo de permanência no programa de tratamento entre aquelas que evadiram nos primeiros seis meses e as que evadiram após seis meses de tratamento, comparando-se os percentuais entre os grupos.

A análise dos dados compreendeu a estimativa das médias e da dispersão da distribuição (desvios-padrão) para as características da população estudada na linha de base. Utilizou-se teste t para amostras independentes na comparação das variáveis contínuas entre os grupos e testes de proporções (*two-sample test of proportion* e qui-quadrado) para avaliar a diferença entre os percentuais de evasão entre os grupos estudados, valendo-se do programa Stata 8.0, sendo considerado significante valor de  $p < 0,05$ .

Este estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

No momento da coleta de dados, 93 (69,4%) mulheres da população total cadastrada encontravam-se inativas. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de inativos e ativos quanto à idade e aos dados antropométricos, peso e IMC no momento de ingresso no programa de tratamento (Tabela I). Dentre todas as inativas, 45 (48,4%) evadiram nos primeiros seis meses de participação no projeto, não havendo diferença significativa quando comparados os percentuais de evasão antes e após seis meses de tratamento.

Quanto aos motivos da evasão, do total de mulheres inativas (93 mulheres), 37 (40,8%) evadiram por motivos médicos, 21 (22,6%) por outros motivos, 18 (19,4%) por motivo familiar e 16 (17,2%) por ocupação (Figura 1).

Depois de separados os grupos de acordo com o tempo de permanência no projeto, aquelas que evadiram nos seis primeiros meses apresentaram valores de evasão de 18 (40%) para motivos médicos, 11 (24,4%) por ocupação, 11 (24,4%) por outros motivos e 5 (11,2%) por motivos familiares (Tabela II).

Tabela I – Média e desvio padrão da idade e variáveis antropométricas no momento de ingresso no programa de tratamento para os grupos de participantes ativos e inativos

Características da amostra	Grupo ativo		Grupo inativo	
	média	DP	média	DP
Idade (anos)	54,3	8,3	51,8	10,9
Peso (Kg)	68,8	10,7	66,9	17,0
Altura (m)	1,61	0,07	1,57	0,54
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26,7	4,3	27,7	5,9

DP: desvio padrão

Entre aquelas que permaneceram por mais de seis meses no tratamento, 19 (41,7%) evadiram por motivos médicos, 13 (27,1%) devido a motivos familiares, 10 (20,8%) por outros motivos e 5 (10,4%) por ocupação (Tabela II). Não foi observada diferença estatística entre os motivos de evasão de acordo com o tempo de permanência no tratamento ( $p > 0,05$ ).

TABELA II – Distribuição das pacientes de acordo com as causas de evasão e o tempo de permanência no programa

Causas	Tempo de permanência no tratamento					
	Total		≤ 6 meses		> 6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Familiar	18	19,4	5	11,2	13	27,1
Ocupação	16	17,2	11	24,4	5	10,4
Médicos	37	40,8	18	40,0	19	41,7
Outros	21	22,6	11	24,4	10	20,8
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

O principal achado do presente estudo consiste em taxa de evasão de aproximadamente 70% ao longo de acompanhamento de cinco anos de programa de tratamento multidisciplinar em mulheres com fibromialgia. Tal achado corrobora o de outros estudos sobre o tema, onde programas de tratamento em longo prazo que tenham como base alterações no estilo de vida apresentam elevadas taxas de evasão<sup>(18-20)</sup>.

Com relação à prática de atividade física, mesmo em situações onde sabidamente ela seja benéfica, os pacientes tendem a perder o seguimento. Um trabalho de revisão<sup>(21)</sup>, apontou que apenas 19 a 30% de indivíduos portadores de doença crônica (como o diabetes mellitus), cuja prática regular de exercícios físicos auxilia no tratamento, aderem às prescrições de exercícios.

Em indivíduos com FM, a não adesão à prática de exercícios físicos pode ser ainda maior, uma vez que esses pacientes frequentemente possuem outras doenças associadas, baixa autoestima e alterações psicológicas, fatores estes que dificultam a continuidade do tratamento e que podem explicar as elevadas taxas de evasão encontradas no presente estudo<sup>(22)</sup>. Um estudo submeteu 39 mulheres com FM a um programa de exercícios físicos domiciliares durante período de 12 semanas. Apesar de os autores relatarem dificuldade na manutenção da prática de exercícios físicos, apenas 15% das mulheres investigadas abandonaram o protocolo de exercícios proposto, representando uma baixa taxa de evasão nesse grupo<sup>(23)</sup>. Entretanto, estudos demonstram elevadas taxas de evasão, mesmo em períodos de acompanhamento curtos como o do estudo descrito acima, tornando-se ainda maiores na medida em que aumenta o tempo de acompanhamento<sup>(24, 25)</sup>.

Um trabalho realizado comparou os efeitos de diferentes tipos de tratamento (exercícios aeróbios, terapia comportamental e controle) em 60 indivíduos com FM durante 14 semanas. Apesar de acreditarem nos efeitos benéficos da atividade física e de relatarem intenção positiva de realizar exercícios, 73% interromperam o treinamento físico durante o período de acompanhamento, sendo que entre estes, 82% acreditavam que se sentiriam melhor caso continuassem a praticar exercícios. Portanto, apesar destes indivíduos acreditarem nos benefícios dos exercícios, estes não aderiram à prática de atividades físicas. O conhecimento benéfico sobre a prática regular de exercícios físicos sobre a saúde dos indivíduos parece não ser suficiente para contribuir com a adoção de estilo de vida fisicamente ativo<sup>(26)</sup>.

Outro importante achado do presente trabalho consiste na elevada taxa de evasão em indivíduos com FM ( $\approx$  50%) nos primeiros seis meses de tratamento, o que confirma os resultados de outro estudo<sup>(27)</sup>. A elevada taxa de evasão nos primeiros meses de tratamento com exercícios é preocupante, principalmente tratando-se de indivíduos portadores de doenças crônicas, tendo em vista que muitos destes evadem antes mesmo de obterem os benefícios que a atividade física pode proporcionar<sup>(16)</sup>.

A análise dos dados do presente estudo demonstrou que, embora sem significância estatística, os motivos médicos aparecem como principal motivo de abandono do

tratamento, tanto para as mulheres que evadiram nos seis primeiros meses quanto para aquelas que evadiram após esse período. Estes dados podem indicar maior presença de comorbidades ou dificuldade no controle do quadro clínico em portadores de FM. Adicionalmente, é possível que as pacientes que procuraram o tratamento multidisciplinar proposto apresentassem maior dificuldade no controle dos sintomas ou não se adequaram exclusivamente ao tratamento medicamentoso. Não se pode descartar o fato de que portadores desta síndrome apresentam níveis de dor mais exacerbados quando comparados aos indivíduos saudáveis. Vale ressaltar que a maioria dos afastamentos por motivos médicos foi relacionada a problemas osteomioarticulares ( $\approx$ 50%) não relacionados ao protocolo de intervenção. Portanto, complicações músculo-esqueléticas, que na população geral provocariam queixas de menor intensidade e que seriam resolvidas em curto período de tempo, em indivíduos com FM podem levar ao afastamento da prática de exercícios físicos por longo período.

De fato, motivos médicos constituem importante fator de evasão a programas de exercícios, principalmente em indivíduos que necessitam de cuidados especiais de saúde. Estudando a adesão a protocolo de 12 meses de exercícios físicos em grupo de 230 idosos sedentários, observou-se que, ao final do estudo, 42,7% dos indivíduos foram afastados da prática de exercícios por motivos relacionados à saúde<sup>(28)</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados em ensaio randomizado, onde problemas de saúde constituem-se importantes preditores de abandono à prática de exercícios<sup>(29)</sup>.

Outros motivos de evasão relatados no presente trabalho foram ocupação, familiares e outros, sem grandes diferenças de distribuição entre estes. Porém, a ocupação foi importante motivo relatado entre as mulheres que evadiram nos primeiros seis meses de tratamento. Uma hipótese para este achado é o fato de que algumas mulheres que ingressaram no projeto encontravam-se de licença médica ou sem trabalhar em função da FM. É possível que o fim das licenças, a necessidade de contribuir para a renda familiar ou mesmo a melhora em curto prazo nos sintomas da doença tenha feito com que esses indivíduos retornassem as suas atividades laborais, sendo este um importante empecilho para prática regular de exercícios<sup>(12, 30)</sup>.

Os motivos familiares representaram o segundo maior motivo de evasão após seis meses de tratamento. Um artigo de revisão salienta que à medida que os indivíduos se mantêm em programa de exercícios físicos por maiores períodos de tempo (> 6 meses), o apoio familiar torna-se importante na manutenção dessa prática<sup>(16)</sup>. Estudo realizado em indivíduos sedentários com diabetes mellitus objetivou verificar se programa de atividade física supervisionada,

com duração aproximada de 10 meses, aumentaria a frequência de exercitar-se nesta população. Do total de 14 indivíduos investigados, sete foram sorteados e seus familiares convidados a participar de oito encontros, ao longo da pesquisa, onde foram discutidos temas como benefícios da atividade física, importância do apoio familiar para a adesão ao tratamento, estratégias de incentivo à atividade física dentro e fora do programa, e importância da família no incentivo após o fim da pesquisa. As mudanças mais importantes de comportamento ocorreram naqueles indivíduos cujos familiares tiveram maior envolvimento no programa. Dos sete que tiveram este tipo de intervenção, apenas um afastou-se temporariamente do tratamento, alegando motivos pessoais não relacionados à prática dos exercícios. Dois indivíduos tiveram 100% de adesão e contaram com total apoio de seus cônjuges, que também mudaram seus estilos de vida e tornaram-se fisicamente ativos<sup>(31)</sup>.

A distância entre a residência e o centro de tratamento, que no presente estudo foi enquadrada na categoria outros motivos, também é relatada na literatura como importante motivo para abandono à prática de exercícios<sup>(25, 26)</sup>. Entretanto, no presente estudo, poucas mulheres relataram ter abandonado o tratamento pela distância. Nota-se que do total de sete mulheres que abandonaram o exercício por este motivo, seis permaneceram por período maior que seis meses, com duração média de permanência no tratamento de 12 meses. É possível que no começo do tratamento a distância não seja um fator importante para a evasão, pois as expectativas por benefícios com este são muitas e a crença na melhora do estado de saúde nesta fase supera a dificuldade imposta por este motivo. Considerando o baixo nível de condicionamento físico inicial, os efeitos sobre este logo são percebidos, o que incentiva a participação. No entanto, com o passar do tempo, a dificuldade de traslado pode aumentar, principalmente em função de gasto financeiro elevado e grande dispêndio de tempo, tornando-se um fator importante para desligamento do tratamento.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que um programa de tratamento da FM, envolvendo exercícios físicos, orientação alimentar e apoio psicológico, apresentou alto percentual de evasão (69,4%), sendo que metade ocorreu nos seis primeiros meses de tratamento. Dentre os principais motivos relatados para o abandono do tratamento, os motivos médicos foram os mais observados.

## REFERÊNCIAS

1. Rooks DS. Fibromyalgia treatment update. *Curr Opin Rheumatol*. 2007;19(2):111-7.
2. Mease PJ, Clauw DJ, Arnold LM. Fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 2005;32(11):2270-7.
3. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalence of Depression and its Relationship with Quality of Life in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(2):47-54.
4. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD. The Prevalence of Fibromyalgia: a Literature Review. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):40-8.
5. Casale R, Cazzola M, Arioli G. Non pharmacological treatments in fibromyalgia. *Reumatismo*. 2008;60(suppl 1):59-69.
6. Valim V, Oliveira L, Suda A. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2003;30(5):1060-9.
7. Valim V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):49-55.
8. Jones KD, Adams D, Winters-Stone K, Burckhardt CS. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005). *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:67.
9. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD003786.
10. Sabbag L, Pastore C, Junior P. Efeitos do condicionamento físico sobre pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Med Esporte*. 2007;13(1):6-10.
11. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. 2004;292(19):2388-95.
12. Robison JI, Rogers MA. Adherence to exercise programmes. Recommendations. *Sports Med*. 1994;17(1):39-52.
13. ACSM. Diretrizes do ACSM para testes de esforço e sua prescrição. 6ª ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan; 2003.

14. Martin JE, Dubbert PM. Exercise applications and promotion in behavioral medicine: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol.* 1982;50(6):1004-17.
15. Jones KD, Burckhardt CS, Bennett JA. Motivational interviewing may encourage exercise in persons with fibromyalgia by enhancing self efficacy. *Arthritis Rheum.* 2004;51(5):864-7.
16. White JL, Ransdell LB, Vener J, Flohr JA. Factors related to physical activity adherence in women: review and suggestions for future research. *Women Health.* 2005;41(4):123-48.
17. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.
18. Dobkin PL, Sita A, Sewitch MJ. Predictors of adherence to treatment in women with fibromyalgia. *Clin J Pain.* 2006;22(3):286-94.
19. Dobkin PL, Da Costa D, Abrahamowicz M. Adherence during an individualized home based 12-week exercise program in women with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2006;33(2):333-41.
20. Rhodes RE, Martin AD, Taunton JE, Rhodes EC, Donnelly M, Elliot J. Factors associated with exercise adherence among older adults. An individual perspective. *Sports Med.* 1999;28(6):397-411.
21. Lutfey KE, Wishner WJ. Beyond “compliance” is “adherence”. Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care.* 1999;22(4):635-9.
22. Oliver K, Cronan T. Predictors of exercise behaviors among fibromyalgia patients. *Prev Med.* 2002;35(4):383-9.
23. Dobkin PL, Abrahamowicz M, Fitzcharles MA, Dritsa M, Costa D. Maintenance of exercise in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2005;53(5):724-31.
24. Mannerkorpi K, Iversen MD. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003;17(4):629-47.
25. Wigers SH, Stiles TC, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study. *Scand J Rheumatol.* 1996;25(2):77-86.
26. Ferreira M, Najjar A. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(sup):207-19.
27. Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Peloso PM, Barber KA. Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *J Rheumatol.* 2008;35(6):1130-44.
28. Fielding RA, Katula J, Miller ME. Activity adherence and physical function in older adults with functional limitations. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(11):1997-2004.
29. Jette AM, Rooks D, Lachman M. Home-based resistance training: predictors of participation and adherence. *Gerontologist.* 1998;38(4):412-21.
30. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med.* 2002;22(4 Suppl):73-107.
31. Fecho JJ, Malerbi FE. Compliance of adults with diabetes to a physical activity program. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2004;48(2):267-75.

**Endereço primeiro autor**

Tatiana Rehder Gonçalves  
Rua Antônio Basílio 519, cob 01  
Tijuca  
CEP: 20511-190 – Rio de Janeiro - RJ – Brasil  
E-mail: tatianarehder@terra.com.br

**Endereço para correspondência:**

Mauro Felipe Felix Mediano  
Rua Antônio Basílio 519, cob 01  
Tijuca  
CEP: 20511-190 – Rio de Janeiro - RJ – Brasil  
E-mail: mffmediano@gmail.com