



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

## **Fibromialgia - O Desafio do Diagnóstico**

**Beatriz Pavão Braga**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em

**Medicina**

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr<sup>a</sup>. Cristina Fidalgo Sequeira

**Covilhã, Maio de 2012**



*Aos meus pais e ao Hugo, pelo apoio incondicional.*

*E mais ainda, a todos os que acreditam na mudança.*

*O mundo depois de nós tem de ser melhor do que o nosso, porque caminhamos sobre ele.*

Roque Schneiden

Padre e escritor brasileiro, 1933



# Agradecimentos

Não terei palavras suficientes para agradecer a todos os que contribuíram para a execução deste trabalho.

Primeiramente, gostaria de agradecer à Dra. Cristina Fidalgo Sequeira, pela amabilidade e prontidão com que aceitou acolher esta minha ideia quase impossível.

Agradeço aos meus pais pelo apoio incondicional e incentivo que têm prestado ao longo do meu percurso académico.

Agradeço também especificamente às muitas pessoas que tornaram possível a aplicação dos formulários e que guiaram, com o seu contributo, a elaboração das minhas conclusões. São eles: Dra. Isabel Coelho, Dr. Fernando Pimenta, Dr. Manuel Geraldês.

Um agradecimento muito especial a todos os médicos que aceitaram participar, respondendo ao questionário e tornando possível a execução deste estudo.

# Índice Geral

Dedicatória .....	ii
Epígrafe.....	iii
Agradecimentos.....	v
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Lista de Acrónimos.....	xii
Introdução.....	1
Materiais e Métodos.....	5
Tipo de Estudo.....	5
Questionário.....	6
Caracterização da Amostra.....	6
Resultados.....	8
Análise Estatística.....	13
Número de doentes e idade dos médicos.....	14
Tempo entre a primeira consulta e diagnóstico da Fibromialgia e idade dos médicos.....	14
Dificuldades de diagnóstico e idade dos médicos.....	15
Critérios ACR para diagnóstico de Fibromialgia e idade dos médicos.....	16
Discussão.....	17
Conclusão.....	24
Bibliografia.....	25
Anexos.....	28
Anexo I.....	29
Critérios diagnósticos da Fibromialgia emanados pela ACR em 1990.....	29
Critérios diagnósticos da Fibromialgia emanados pela ACR em 1990.....	30
Anexo II.....	31
Critérios Preliminares para o Diagnóstico de FM, emanados pela ACR em 2010.....	31
Critérios preliminares para o diagnóstico de FM, emanados pela ACR em 2010.....	32
Anexo III.....	35
Questionário.....	35

Questionário.....	36
Anexo IV .....	38
Recomendações da EULAR para o tratamento da Fibromialgia .....	38
Recomendações da EULAR para o tratamento da Fibromialgia.....	39

# Índice de Figuras

Gráfico 1 - Género dos médicos de Medicina Geral e Familiar da amostra. ....	6
Gráfico 2 - Escalões etários dos médicos de Medicina Geral e Familiar da amostra. ....	7
Gráfico 3 - Categoria Profissional dos médicos de Medicina Geral e Familiar da amostra.....	7
Gráfico 4 - Considera a Fibromialgia uma entidade clínica fácil de definir?.....	8
Gráfico 5 - Para a definição do diagnóstico da Fibromialgia o que considera mais importante?.....	8
Gráfico 6 - Considera imprescindível existir todos os critérios de diagnóstico da Fibromialgia, emanados pelo ACR, para atribuir o diagnóstico? .....	9
Gráfico 7 - Sentiu dificuldades na definição do diagnóstico?.....	10
Gráfico 8 - Dificuldades sentidas na definição do diagnóstico da Fibromialgia.....	10
Gráfico 9 - Sugestões para encurtar a demora diagnóstica. ....	11
Gráfico 10 - Procedimento após o diagnóstico. ....	12

# Índice de Tabelas

Tabela 1 - Doentes com Fibromialgia na lista dos médicos e doentes diagnosticados pelos próprios.....	9
Tabela 2 - Tempo (em média) que decorreu entre a primeira consulta e a definição do diagnóstico. ....	11
Tabela 3 - Especialidades para Referenciação. ....	12
Tabela 4 - Terapêuticas prescritas. ....	13
Tabela 5 - Significância das diferenças. ....	14
Tabela 6 - Significância das diferenças. ....	14
Tabela 7 - Testes do Qui-quadrado.....	15
Tabela 8 - Idade vs Dificuldades. ....	15
Tabela 9 - Testes do Qui-quadrado.....	16
Tabela 10 - Idade vs critérios.....	16

# Resumo

**Introdução:** A Fibromialgia é definida como uma síndrome dolorosa crónica, que se manifesta no sistema músculo-esquelético através de dor generalizada e com múltiplos pontos anatómicos dolorosos detetáveis ao exame físico. Está muitas vezes associada a sono não reparador, fadiga, perturbações cognitivas e alterações do humor. A sua prevalência situa-se em 3,6% na população portuguesa, podendo muitos casos estar subdiagnosticados, e muitos dos doentes permanecem numa incerteza diagnóstica durante vários meses ou anos.

**Objetivos:** Com o presente estudo pretende-se caracterizar as dificuldades sentidas no diagnóstico da Fibromialgia, quantificar a demora ocorrida na definição do diagnóstico e conhecer o procedimento seguido após o diagnóstico, pelos médicos de Medicina Geral e Familiar.

**Métodos:** Durante os meses de Janeiro de 2010 a Fevereiro de 2012 foi aplicado um questionário a médicos de Medicina Geral e Familiar, num universo de 257 médicos, com questões que abordavam: variáveis destinadas à caracterização da amostra; variáveis destinadas a apreender o conhecimento sobre a patologia, bem como a sua dificuldade diagnóstica; variáveis destinadas à avaliação da demora na definição do diagnóstico da Fibromialgia; variáveis relativas ao procedimento após a definição do diagnóstico (tratamento e/ou referência). Foram distribuídos 100 formulários, dos quais 56 foram preenchidos tendo sido todos contabilizados.

**Resultados:** A perceção de que a Fibromialgia representa uma entidade nosológica difícil de definir foi referida por 91% da amostra; 81% dos médicos sentiram dificuldades no diagnóstico, sendo que 28.2% salientaram a dificuldade no diagnóstico diferencial. A demora média do diagnóstico foi de 12,3 meses. Relativamente ao procedimento médico após o diagnóstico verificou-se que 39% dos inquiridos tratam e/ou referenciam os doentes para outras especialidades; 22% tratam os utentes; 39% apenas referenciam para outras especialidades, sendo a Reumatologia a especialidade de maior referência (63%).

**Conclusão:** A demora média do diagnóstico foi de 12,3 meses, com desvio padrão de 4,943. Os inquiridos reconhecem que deveria haver maior celeridade no diagnóstico apontando como sugestões: maior facilidade na referência para especialidade; desenvolvimento de programas de formação para os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos de Medicina Geral e Familiar.

**Palavras-chave:** Fibromialgia, Dificuldade Diagnóstica, Demora Diagnóstica, Tratamento, Referência, Medicina Geral e Familiar.

# Abstract

**Introduction:** Fibromyalgia is defined as a chronic pain syndrome, which manifests itself in the musculoskeletal system through widespread pain and multiple anatomical tender points detectable on physical examination. It is often associated with non-restorative sleep, fatigue, cognitive disturbances and mood swings. Its prevalence stands at 3.6% in the Portuguese population. Many cases may be undiagnosed, and many patients remain in a diagnostic uncertainty for several months or years.

**Goals:** The goal of the present study is to characterize the difficulties experienced in the diagnosis of fibromyalgia, to quantify the delay occurring in the definition of the diagnosis and to know the procedure after the diagnosis by general practice doctors.

**Methods:** During the months of January 2010 to February 2012 was applied a questionnaire to general practice doctors, a total of 257 physicians, with questions that addressed: variables for the characterization of the sample; variables designed to capture the knowledge of the pathology as well as its diagnostic difficulty; variables designed to assess the delay in defining the diagnosis of fibromyalgia; variables related to the procedure after the definition of the diagnosis (treatment and/or referral to other specialties). 100 forms were distributed, of which 56 were filled and counted.

**Results:** The perception that fibromyalgia represents an entity difficult to define was reported by 91% of the physicians; 81% felt difficulties in diagnosis, and 28.2% pointed out the difficulty in differential diagnosis. The average delay of diagnosis was 12.3 months. For the medical procedure after diagnosis, 39% of the surveyed treat and/or refer the patient to other specialties, 22% treat them, and 39% refer to other specialties, mostly to Rheumatology (63 %).

**Conclusions:** The average delay of diagnosis was 12.3 months, with standard deviation of 4.943. Physicians recognize that there should be a reduction in the time to make the diagnosis, and they point some suggestions: greater accessibility to specialist referral; development of training programs to health professionals, namely doctors from general practice.

**Keywords:** Fibromyalgia, Diagnostic Difficulty, Delay Diagnosis, Treatment, Referral, General Practice.

# Lista de Acrónimos

FM: Fibromialgia

ECD: Exames Complementares de Diagnóstico

ACR: *American College of Rheumatology*, Colégio Americano de Reumatologia

CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde ou  
Classificação Internacional de Doenças

AR: Artrite Reumatóide

LES: Lúpus Eritematoso Sistémico

PD: Pontos dolorosos

EA: Espondilite anquilosante

VEB: Vírus Epstein-Barr

VIH: Vírus da imunodeficiência humana

MFG: Medicina Geral e Familiar

DGS: Direção Geral de Saúde

SPR: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde

ULS: Unidade Local de Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

CS: Centro de Saúde

MFR: Medicina Física e de Reabilitação

ADT: Antidepressivos tricíclicos

ISRS: Inibidores selectivos da recaptção da serotonina

AINEs: Anti-inflamatórios não esteróides

EULAR: The European League Against Rheumatism, Liga Europeia Contra o Reumatismo

MNF: Medidas não farmacológicas

MF: Medidas farmacológicas

ENFA: *European Network of Fibromyalgia Associations*, Rede Europeia de Associações de  
Fibromialgia

# Introdução

A fibromialgia (FM) é uma doença crónica reumática<sup>\*</sup> de causa desconhecida e natureza funcional, que se manifesta através de dor generalizada nos tecidos moles, sejam músculos, ligamentos ou tendões, mas não afeta as articulações ou os ossos, apresentando ao exame físico múltiplos pontos dolorosos (1). É acompanhada de alterações quantitativas e qualitativas do sono, fadiga, cefaleias e alterações cognitivas, como perda de memória e dificuldade de concentração, parestesias/disestesias, irritabilidade e, em cerca de 1/3 dos casos, depressão (2).

Não sendo conhecida objetivamente a sua etiologia e patofisiologia, estão hoje identificadas várias síndromes somáticas da esfera psicossocial que se lhe associam e que podem contribuir para a sua génese, sendo elas: distúrbios do sono (sono não reparador, insónia), fadiga, rigidez matinal, cefaleia crónica, intolerância ao frio, parestesias de extremidades, acompanhadas de alterações psiquiátricas (ansiedade e depressão), problemas circulatórios, irritabilidade vesical, dormência e parestesias nas extremidades (3), distúrbios cognitivos (alteração da memória, atenção, dislexia e dificuldade de concentração) e síndrome do intestino irritável (1,4).

A FM é de entre as várias patologias de dor crónica conhecidas, aquela que maior perplexidade desperta, simultaneamente em quem a sofre e em quem tenta estudá-la e compreendê-la. Pode-se reconhecer que, apesar dos muitos estudos, continua a ser uma entidade largamente incompreendida, não somente pela comunidade científica, mas também pelos pacientes, as suas famílias e sociedade em geral (1,5).

Até à data não há análises ou exames que comprovem a presença desta doença. Individualmente, os sintomas são comuns a outras situações clínicas, mas a conjugação deles por um período de tempo prolongado, numa pessoa que anteriormente não padecia deles e com uma tal gravidade que provoca alteração radical na rotina, permite que se faça o diagnóstico (2). Na prática, o diagnóstico de FM é essencialmente clínico, baseando-se nesta, não havendo marcadores ou testes específicos para o diagnóstico. Os exames auxiliares de diagnóstico servem assim para excluir outras doenças que se lhe podem assemelhar (6), sendo um diagnóstico de exclusão. Tanto provas da atividade inflamatória como exames imagiológicos não apresentam alterações patognomónicas da FM. Assim os ECD são solicitados de forma a fazer diagnóstico diferencial com alguma comorbilidade coexistente (1,6).

---

<sup>\*</sup> As doenças reumáticas podem definir-se como doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática, constituindo um grupo com mais de uma centena de entidades, com vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores (2).

Os primeiros critérios diagnósticos da FM foram publicados pelo ACR em 1990 (7) (Anexo I), primeiramente a ser utilizados para fins de pesquisa. Contudo começaram a ser utilizados pelos clínicos como ferramenta para ajudar a diagnosticar os doentes. Estes foram desde logo fundamentais para o reconhecimento e aceitação clínicos da patologia.

Em 2010, a partir de um estudo multicêntrico com 829 pacientes, o ACR (8) validou um novo método para o diagnóstico de FM - os critérios preliminares (Anexo II). Estes critérios são assim uma mais-valia, dando um grande contributo para o diagnóstico de FM.

Assim, este quadro clínico, partindo de um distúrbio vago, transformou-se num diagnóstico aceite e reconhecido, encontrando-se incluído na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), de 1990, da Organização Mundial da Saúde, e atualmente com código individualizado (M79.7) (9). Em 1992, foi reconhecida como uma doença reumática (3).

A FM é uma situação crónica que evolui por surtos de agravamento e períodos de acalmia, havendo quem a classifique de primária (corresponde a achados característicos de FM sem uma causa subjacente reconhecível) e secundária (achados característicos secundários a uma causa conhecida ou a uma doença subjacente e que apresenta melhora dos sintomas fibromiálgicos com o tratamento específico da condição de base) (10). A Fibromialgia Primária é indistinguível das formas secundárias a AR e LES, exceto pela maior presença de PD ao exame físico (11).

Deve ser feito o diagnóstico diferencial com outras doenças reumáticas (AR, LES, EA, Polimiosite, Síndrome de Sjögren, Polimialgia reumática, Osteomalácia, Osteoporose [microfraturas], Doença vertebral degenerativa, Síndrome de dor miofascial), Doenças musculares (Miopatias inflamatórias, Miopatias de causa metabólica), Doenças endócrinas (Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Hiperparatiroidismo, Insuficiência supra-renal), Doenças infecciosas (Síndrome pós-viral [VEB e VIH]), Doenças Neurológicas (Doença de Parkinson, Miastenia Gravis, Esclerose Múltipla), Doenças Neoplásicas (Mieloma múltiplo, metastização tumoral), Doenças Psiquiátricas (depressão/ansiedade, Transtorno por somatização), Síndrome de fadiga crónica, Síndrome Miofascial e Disfunção da articulação temporo-mandibular (12).

As doenças reumáticas são assim no seu conjunto, das principais responsáveis pelos custos com a Saúde, quer diretos, como consultas, tratamentos ou cuidados de reabilitação, quer indiretos. Devem ser assumidas como um importante problema social e económico, cujo impacto negativo em termos de saúde pública tem tendência crescente, tendo em conta os atuais estilos de vida e o aumento da longevidade da população (2).

A verdadeira dimensão do problema causado pelas doenças reumáticas não é conhecida com rigor em Portugal, mas pelo menos 30% da população refere sintomas músculo-esqueléticos, sendo que 7% tem de restringir alguma atividade da vida diária, apresentando incapacidade e

0,5% está dependente de terceiros, tendo invalidez. Em Portugal, as doenças reumáticas têm uma prevalência aproximada de 20 a 30%; são causa de 16 a 23% das consultas de MGF; ocupam o segundo ou terceiro lugar dos encargos decorrentes do consumo de fármacos; constituem a principal causa de incapacidade temporária; 40 a 60% das situações de incapacidade prolongada para certas atividades da vida diária; são responsáveis por 43% dos dias de absentismo laboral por doença e originam o maior número de reformas antecipadas por doença correspondendo a 35 a 41% do total (2).

Estima-se que na Europa existam cerca de 14 milhões de pessoas afetadas (3). Por seu lado, a DGS e a SPR referem que a Fibromialgia atinge cerca de 2-8% da população adulta sendo as mulheres 5 a 9 vezes mais afetadas do que os homens, iniciando-se preferencialmente entre os 20 e os 50 anos de idade. As crianças e jovens também podem sofrer de FM; em idade escolar a frequência é igual em ambos os géneros (2,3).

Estes valores são semelhantes aos dados publicados por Branco et al.(13) num estudo para avaliar a prevalência de doentes com FM com mais de 15 anos de idade na Europa (2%), onde as mulheres com idade entre os 40 e os 60 apresentavam uma prevalência de 5,8%.

A sua prevalência situa-se em 3,6% na população portuguesa (14), podendo muitos casos estar subdiagnosticados, sendo que muitos dos doentes permanecem numa incerteza diagnóstica durante vários meses ou anos.

Durante os últimos anos, a Fibromialgia tem sido melhor definida através de estudos que estabelecem regras para o seu diagnóstico. Segundo Domingues e Branco (15), o fato de se alcançar o diagnóstico correto é muito relevante, já que muitas vezes isto resulta de uma busca incessante durante meses e anos por parte do doente, da família, amigos e mesmo dos médicos.

Apesar de se ter avançado no conhecimento da FM, o seu diagnóstico precoce continua a ser um desafio, porque as doenças baseadas em sintomas são sempre subjetivas por natureza (16).

Assim os indivíduos procuram ajuda dos médicos para os sintomas pois estes representam a experiência subjetiva em relação às mudanças do organismo; já as doenças são as alterações observadas de forma objetiva no seu corpo. A dificuldade surge quando o médico não é capaz de encontrar nenhuma alteração objetiva que explique a experiência subjetiva do doente (15).

Esta patologia atinge homens, mulheres e crianças de todas as idades, etnias e grupos socioeconómicos. Estima-se que sofram de Fibromialgia entre 2 a 8% da população adulta, dependendo dos países. Estima-se que existam em Portugal entre 300 e 500 mil doentes. Da população atingida, entre 80 a 90% serão mulheres entre os 20 e os 50 anos (3).

São conhecidos vários estudos sobre a longa espera pela definição do diagnóstico a nível de alguns países (17,18), que se estende por vários anos, com todos os danos pessoais e institucionais que esta demora acarreta. Em Portugal não se encontrou bibliografia nesse campo. Por este fato este estudo encaminhou-se essencialmente para tentar conhecer a duração média da demora diagnóstica e prestar algum contributo para atenuar este desafio que é o diagnóstico precoce da FM, sendo a hipótese principal a testar a demora do diagnóstico desta patologia/conhecimento sobre a mesma.

Sendo uma temática que possui ainda muitos pontos obscuros, pretende-se, como objetivos gerais do estudo: quantificar o tempo de demora na obtenção do diagnóstico de FM por parte de médicos de MGF, bem como os fatores que podem contribuir para a sua dificuldade diagnóstica, podendo em última análise contribuir para o seu diagnóstico mais precoce.

Assim foram traçados os seguintes objetivos específicos: perceber o conhecimento da patologia pelos médicos MGF e as dificuldades sentidas no seu diagnóstico; quantificar a demora ocorrida na definição do diagnóstico pelos médicos inquiridos; saber qual o procedimento dos médicos de MGF após o diagnóstico de FM (tratar e/ou referenciar).

# Materiais e Métodos

## Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, em que foi utilizado uma amostragem não probabilística por conveniência. Foi aplicado este tipo de amostragem por ser mais fácil e acessível e implicar menor dispêndio de tempo.

Embora este processo amostral não garanta que a amostra seja representativa, pode ser usada com êxito, quando se pretende identificar aspetos críticos sobre um tema mais do que propriamente objetivo científico, estando sempre consciente do enviesamento que este tipo de amostragem pode apresentar.

Durante os meses de Janeiro de 2010 a Fevereiro de 2012 foi aplicado um questionário a médicos de Medicina Geral e Familiar, que exerciam atividade nos Centros de Saúde do ACES Cova da Beira (Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão), ACES Beira Interior Sul (Centro de Saúde de Castelo Branco-São Miguel), ULS Guarda (USF-A Ribeirinha, Sede das Lameirinhas), e Centro de Saúde de Ponta Delgada.

A população alvo foi constituída por todos os médicos de Medicina Geral e Familiar que exerciam a sua atividade nos Centros de Saúde referidos num universo de 257 médicos.

Após autorização expressa dos diretores dos referidos Centros de Saúde, foram distribuídos 100 formulários (Anexo III), dos quais 56 foram preenchidos e recolhidos posteriormente. Dos formulários recolhidos, todos foram contabilizados.

O preenchimento foi efetuado anonimamente e devolvido em subscrito fechado. No sentido de garantir a validade e confiabilidade do questionário, este foi revisto por um médico especialista em Medicina Interna.

Foi excluída a hipótese de realizar inicialmente um pré-teste por se entender que as perguntas eram suficientemente claras face à amostra a que iriam ser aplicadas.

Após profunda reflexão, foi também excluída a hipótese inicial de aplicação dos questionários a médicos das áreas de Medicina Interna, Psiquiatria, Reumatologia e Unidades de Dor, por se entender que os médicos de MGF constituíam a peça fundamental para este estudo, como tendo o primeiro contacto por excelência com os doentes.

Em qualquer trabalho de investigação é fundamental a clara salvaguarda dos direitos éticos das pessoas alvos de investigação. Segundo Polit e Hungler (19) os três princípios básicos que norteiam a conduta ética em investigação, enunciados no relatório Belmonte são: Beneficência, Respeito à Dignidade humana e Justiça. Para salvaguardar os princípios enunciados, os participantes foram informados do objetivo do questionário, a participação no

estudo foi voluntária, e tiveram o direito de referirem apenas o que entendessem. A distribuição e recolha foi centralizada nos secretariados dos respetivos CS.

Todas as repostas foram tratadas de igual forma e com sigilo total, tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes, ao ser utilizada como colheita de dados a narrativa descritiva não identificada.

## Questionário

O questionário (Anexo III) solicitava informações sobre algumas variáveis, agrupadas em quatro áreas:

- Variáveis destinadas à caracterização da amostra;
- Variáveis destinadas a apreender o conhecimento da patologia e a sua dificuldade diagnóstica;
- Variáveis destinadas à avaliação da demora na definição do diagnóstico da FM e sugestões para encurtar esse período;
- Variáveis relativas ao procedimento após a definição do diagnóstico (tratamento e/ou referenciação).

## Caracterização da Amostra

A população alvo foi constituída por todos os médicos de MGF que exerciam atividade nos CS referidos num universo de 257 médicos, tendo a amostra sido constituída por 56 médicos que responderam ao questionário. A maioria pertence ao género feminino (n=30, 53,6%), enquanto o género masculino se encontra representado pelos restantes 46,4% (n=26) (Gráfico 1).

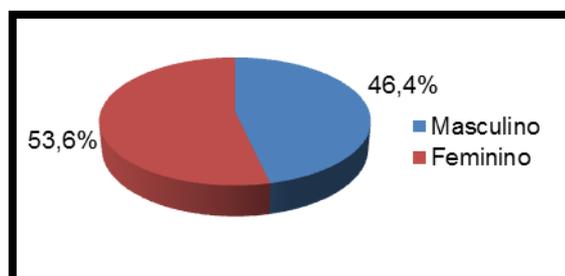


Gráfico 1 - Género dos médicos de Medicina Geral e Familiar da amostra.

O escalão etário mais representado corresponde a >50 anos (64,3%). Os médicos com 20-30 anos representam 5,4% do total.

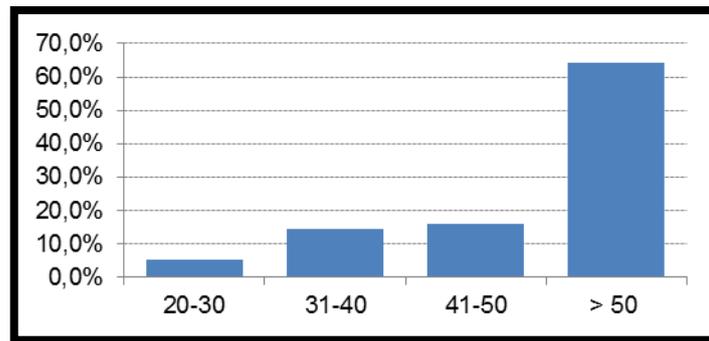


Gráfico 2 - Escalões etários dos médicos de Medicina Geral e Familiar da amostra.

Em termos de categoria profissional, predominam os Assistentes Graduados (55,4%), seguindo-se os Assistentes (26,8%) e os Chefes de Serviço (12,5%).

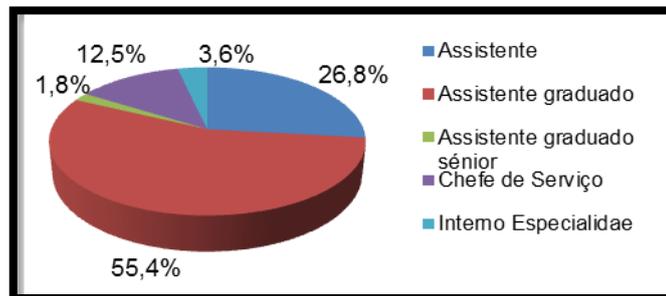


Gráfico 3 - Categoria Profissional dos médicos de Medicina Geral e Familiar da amostra.

## Resultados

Todos os médicos inquiridos afirmam conhecer a Fibromialgia, sendo que uma percentagem bastante elevada considera que esta doença é uma entidade clínica de difícil definição (92,9%).

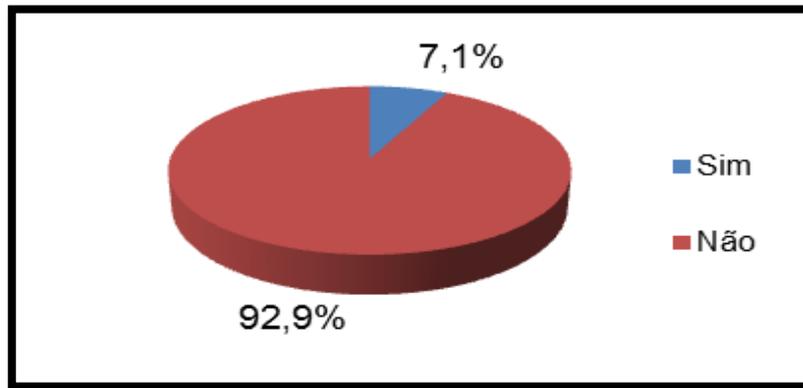


Gráfico 4 - Considera a Fibromialgia uma entidade clínica fácil de definir?

Para a definição do diagnóstico, cinco (17,9%) dos inquiridos refere apenas a importância da História Clínica, enquanto que os restantes (82,1%) referem História Clínica e Exame Objetivo. Quatro destes últimos inquiridos acrescentaram, além da História Clínica e do Exame Objetivo, as seguintes componentes: Componente psicológica do paciente e do médico; Definição da situação psicossomática do doente; e exclusão de outras patologias.



Gráfico 5 - Para a definição do diagnóstico de Fibromialgia o que considera mais importante?

Para o mesmo diagnóstico, 35 dos inquiridos (62,5%) não considera imprescindível todos os critérios do ACR para o diagnóstico, enquanto que 21 dos inquiridos (37,5%) o consideram.

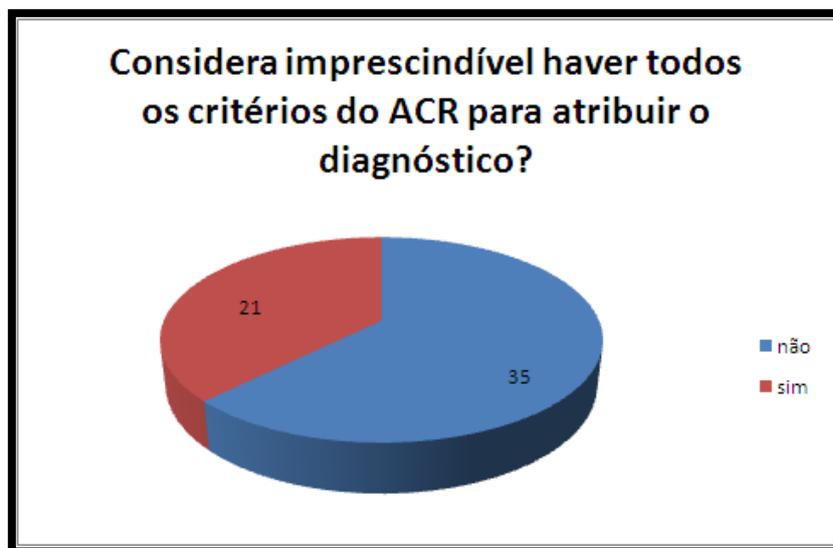


Gráfico 6 - Considera imprescindível existir todos os critérios de diagnóstico da Fibromialgia, emanados pelo ACR, para atribuir o diagnóstico?

Em média os médicos têm 5 doentes na sua lista com diagnóstico de FM, variando entre um mínimo de zero doentes e um máximo de 30 doentes.

Tabela 1 - Doentes com Fibromialgia na lista dos médicos e doentes diagnosticados pelos próprios.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Doentes FM lista total	56	0	30	4,98	4,927
Doentes FM diagnosticados	56	0	25	2,38	3,778

Dos inquiridos, 45 (80,4%) sentiu dificuldade na definição do diagnóstico.



Gráfico 7 - Sentiu dificuldades na definição do diagnóstico?

O diagnóstico diferencial (32,1%) e a complexidade dos sintomas (17,8%) foram as principais dificuldades sentidas no diagnóstico de FM.

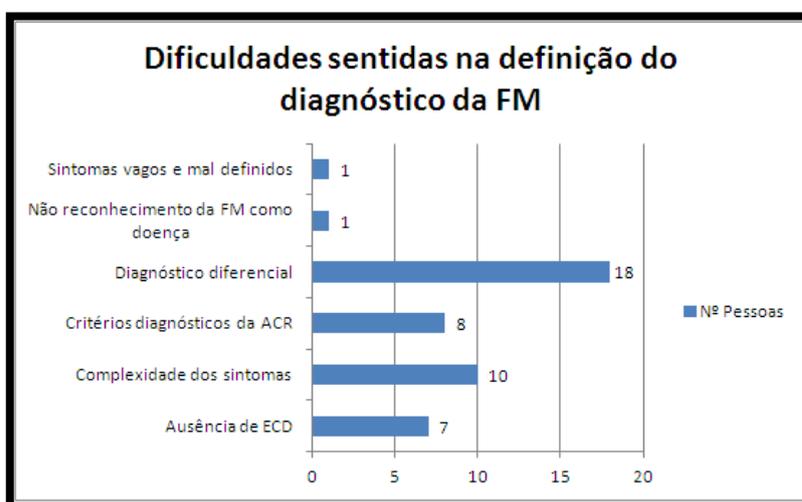


Gráfico 8 - Dificuldades sentidas na definição do diagnóstico da Fibromialgia.

Em relação ao tempo médio de diagnóstico da FM, este foi de 12,07 meses, com desvio padrão de 4,943 meses.

Tabela 2 - Tempo (em média) que decorreu entre a primeira consulta e a definição do diagnóstico.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo (meses)	56	3	24	12,07	4,943

Para diminuir a demora diagnóstica, foram dadas as seguintes sugestões: maior facilidade para referência para especialidade (21,4%), e maior conhecimento sobre a patologia/formação(19,6%).

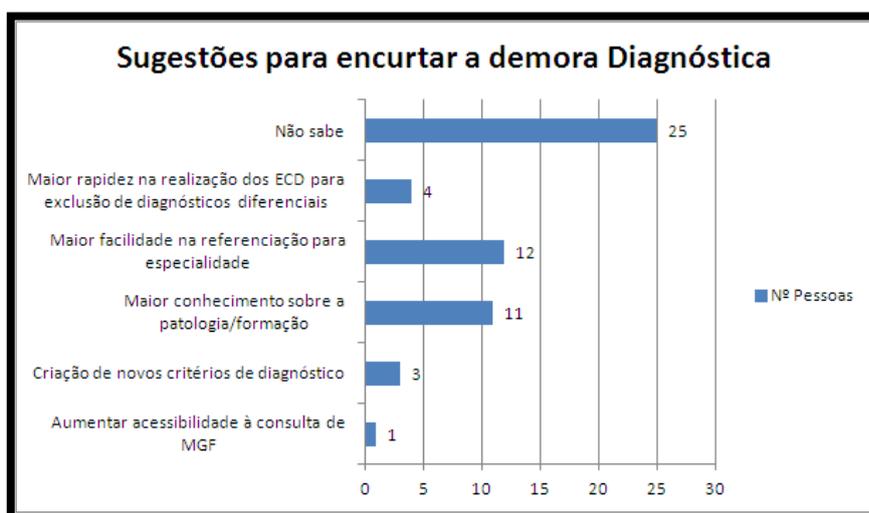


Gráfico 9- Sugestões para encurtar a demora Diagnóstica.

Após o diagnóstico, 42,9% dos médicos trata e referencia os doentes, 39,3% dos médicos referencia e 17,9% dos inquiridos trata os doentes.

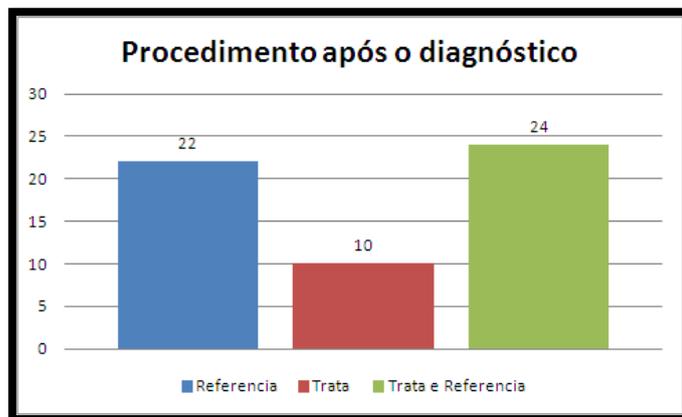


Gráfico 10 - Procedimento após o diagnóstico.

Tabela 3 - Especialidades para Referenciação.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Psiquiatria	3	5,4	5,4	21,4
Reumatologia+Psicologia	1	1,8	1,8	23,2
Reumatologia	27	48,2	48,2	71,4
Reumatologia+Neurologia	1	1,8	1,8	73,2
Reumatologia+Psiquiatria	11	19,6	19,6	92,9
Reumatologia+Psiquiatria+MFR	2	3,6	3,6	96,4
Reumatologia+Psiquiatria+Psicologia	2	3,6	3,6	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabela 4 - Terapêuticas prescritas.

	Freq.	%
Relaxantes musculares	12	11,9
Ansiolíticos	6	5,9
Antidepressivos	28	27,7
Analgésicos	23	22,6
Pregabalina	5	5,0
Magnésio	1	1,0
Benzodiazepinas	4	4,0
AINEs	13	12,9
Fisioterapia	5	5,0
Psicoterapia	1	1,0
Hidroterapia	3	3,0

Dos antidepressivos prescritos, houve um igual número de prescrição de ADT (amitriptilina) e de ISRS.

Em relação aos analgésicos, estes incluíram tramadol e paracetamol.

## Análise Estatística

Para testar as relações entre variáveis foi utilizado como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ( $\alpha$ )  $\leq 0,05$ . Para analisar a relação entre Número de doentes e idade dos médicos e Tempo entre primeira consulta e diagnóstico FM e idade dos médicos usou-se o teste de Mann-Whitney pois embora a variável dependente seja de tipo quantitativo não tem distribuição normal (analisado como teste de kolmogorov-Smirnov). Para facilidade de interpretação apresenta-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias.

Para testar a relação entre Dificuldade de diagnóstico e Idade dos médicos, e entre Critérios ACR para diagnóstico de FM e Idade dos médicos, usou-se o teste de Qui-quadrado de independência pois está-se a testar a independência de variáveis de tipo qualitativo.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 para Windows.

## Número de doentes e idade dos médicos

Os médicos com mais de 50 anos têm em média mais doentes do que os médicos com menos de 50 anos (5,28 versus 4,45), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas,  $Z=-0,363$ ,  $p=0,717$ .

Tabela 5 - Significância das diferenças.

Até 50 anos		> 50 anos		Sig.
M	Dp	M	Dp	
4,45	3,39	5,28	5,62	0,717

## Tempo entre a primeira consulta e diagnóstico da Fibromialgia e idade dos médicos

Os médicos com mais de 50 anos demoram em média mais tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico de FM (12,39 meses versus 11,50 meses), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas,  $Z=-0,931$ ,  $p=0,352$ .

Tabela 6 - Significância das diferenças.

Até 50 anos		> 50 anos		Sig.
M	Dp	M	Dp	
11,50	4,97	12,39	4,96	0,352

## Dificuldades de diagnóstico e idade dos médicos

A proporção de médicos que indica que sentiu dificuldades na definição do diagnóstico é mais elevada nos médicos com mais de 50 anos (88,9% versus 65,0%), sendo a diferença de proporções estatisticamente significativa,  $\chi^2(1) = 4,648$ ,  $p=0,031$ .

Tabela 7 - Testes do Qui-quadrado.

	Valor	gl	Sig.
Pearson Chi-Square	4,648	1	,031
Continuity Correction	3,258	1	,071
Likelihood Ratio	4,472	1	,034
Fisher's Exact Test			,041
N of Valid Cases	56		

Tabela 8 - Idade vs Dificuldades.

		Dificuldades diagnóstico		Total
		Sim	Não	
Até 50 anos	Freq.	13	7	20
	% Idade	65,0%	35,0%	100,0%
	% Dificuldades diagnóstico	28,9%	63,6%	35,7%
	% do total	23,2%	12,5%	35,7%
> 50 anos	Freq.	32	4	36
	% Idade	88,9%	11,1%	100,0%
	% Dificuldades diagnóstico	71,1%	36,4%	64,3%
	% do total	57,1%	7,1%	64,3%
Total	Freq.	45	11	56
	% Idade	80,4%	19,6%	100,0%
	% Dificuldades diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	80,4%	19,6%	100,0%

## Critérios ACR para diagnóstico de Fibromialgia e idade dos médicos

A proporção de médicos que considera imprescindível existir todos os critérios de diagnóstico da FM, emanados pelo ACR, para atribuir o diagnóstico, é mais elevada nos médicos com menos de 50 anos (75,0% versus 55,6%), embora a diferença de proporções não seja estatisticamente significativa,  $\chi^2(1) = 2,074$ ,  $p=0,150$ .

Tabela 9 - Testes do Qui-quadrado

	Valor	gl	Sig.
Pearson Chi-Square	2,074	1	,150
Continuity Correction	1,327	1	,249
Likelihood Ratio	2,140	1	,143
Fisher's Exact Test			,249
N of Valid Cases	56		

Tabela 10 - Idade vs critérios.

		Critérios		Total
		Sim	Não	
Até 50 anos	Freq.	15	5	20
	% Idade	75,0%	25,0%	100,0%
	% Critérios	42,9%	23,8%	35,7%
	% do total	26,8%	8,9%	35,7%
> 50 anos	Freq.	20	16	36
	% Idade	55,6%	44,4%	100,0%
	% Critérios	57,1%	76,2%	64,3%
	% do total	35,7%	28,6%	64,3%
Total	Freq.	35	21	56
	% Idade	62,5%	37,5%	100,0%
	% Critérios	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	62,5%	37,5%	100,0%

## Discussão

Estima-se que a prevalência da FM na população europeia ronde os 2 a 8%, salientando-se que mais de 90% dos casos são do sexo feminino entre os 30 a 50 anos de idade. Dados referentes a 2009, revelam que em Portugal esta patologia afete 3,6% da população adulta portuguesa (11,2).

São fatores de risco: o sexo (o sexo feminino é 5 a 9 vezes mais afetado do que o sexo masculino); a idade (inicia-se entre os 20 e os 50 anos). As crianças e jovens também podem sofrer de FM, mas durante a idade escolar a frequência é igual em ambos os sexos (2).

As causas são desconhecidas, mas parecem relacionadas com a desregulação de determinadas substâncias do sistema nervoso central. O stress, a patologia imunológica e endocrinológica, um traumatismo físico como uma cirurgia ou um acidente de viação, ou um trauma psicológico como morte ou divórcio, parecem contribuir para o desenvolvimento da primeira manifestação e manutenção da situação clínica (3).

Não existem normas de prevenção primária para a FM. Contudo, são conhecidos os fatores de risco associados a estados de dor crónica generalizada: sexo feminino; idade entre 40 e 60 anos; baixo rendimento económico; baixo nível educacional; divórcio/separação (2).

São conhecidas as características da personalidade pró-dolorosa: trabalhadores dedicados; indivíduos com atividade excessiva; perfeccionismo compulsivo; incapacidade para o relaxamento e o desfrute da vida; negação de conflitos emocionais e interpessoais; incapacidade para lidar com situações hostis; necessidade extrema de carinho; dependência de tipo infantil (2).

Estão também tipificados os sinais de alerta para o desenvolvimento da FM: história familiar da doença; síndrome dolorosa prévia; preocupação com o prognóstico de outras doenças coexistentes; traumatismo vertebral, especialmente cervical; incapacidade para lidar com adversidades; história de depressão/ansiedade; sintomas persistentes de “virose”; alterações do sono; disfunção emocional significativa; e dor relacionada com a prática da profissão (2).

O conhecimento destes sinais de alerta torna possível a intervenção precoce e as prevenções secundária e terciária, evitando o agravamento da FM e o desenvolvimento de complicações.

A FM deve ser tratada nos cuidados de saúde primários (2,6). Após o diagnóstico, uma explicação sobre a natureza da doença é crucial para o seu bom tratamento. O doente deve também ser informado sobre os seus fatores de alívio e agravamento, e sobre o habitual bom prognóstico da doença. O doente deve ainda ser aconselhado sobre estilos de vida, prática e tipo de exercício físico regular e atitudes de relaxamento (2,3).

O tratamento da fibromialgia envolve múltiplas ações conjuntas, pela própria complexidade da sua fisiopatologia ainda muito desconhecida. Deve-se sempre enfatizar ao paciente que

deverá ter uma participação extremamente ativa no tratamento. A atividade física regular é a medida mais efetiva.

Até à data não existe cura, mas há medicação que pode aliviar alguns sintomas. Os fármacos utilizados com mais eficácia são os analgésicos (tramadol, paracetamol), os relaxantes musculares (que atuam a nível central), os antidepressivos (tricíclicos e os inibidores seletivos de recaptção da serotonina) e os indutores do sono (2). Os doentes com FM apresentam múltiplos sintomas que podem beneficiar com medicação variada. Deve-se tentar utilizar fármacos que tratem diferentes domínios juntos, escolhendo agentes que cubram  $\geq 2$  domínios, tais como: Pregabalina para a dor e o sono; Duloxetina para a dor e a fadiga; Milnacipran para a dor, fadiga e a função física.

Deve-se ainda rever as medicações prescritas por outros médicos.

Deve-se evitar o uso de fármacos com mecanismos de acção semelhantes (sobreponíveis), tais como Inibidores da recaptção da Noradrenalina-Serotonina (IRNS) combinados com Inibidores selectivos da recaptção da Serotonina (ISRS); bem como fármacos com efeitos adversos e interações medicamentosas semelhantes.

O tratamento também é baseado nos sintomas.

A nível de tratamento, muitos estudos continuam a efetuar-se.

Há também uma série de medidas que podem melhorar substancialmente a vida de quem padece desta síndrome. Para melhorar o estado físico e psíquico, os doentes devem praticar exercício físico, de preferência com um programa adaptado à sua condição física, seja em ginásio ou em piscina, podem receber massagens relaxantes; fazer aplicações de calor; fisioterapia e/ou acupunctura; prática de técnicas de relaxação, meditação, ioga, shiatsu, para além da medicação acima referida. A higiene do sono e uma alimentação equilibrada devem também fazer parte dos hábitos diários. No geral deve-se reduzir a exposição a situações stressantes, equilibrar a alternância atividade/repouso e, apesar de difícil, adotar um estilo de vida que melhor se adapte às variações de energia e aos sintomas. É fundamental que o doente se sinta apoiado no seu ambiente familiar, social e profissional e que encontre médicos que estejam disponíveis para o apoiar (3).

A EULAR (20), através de um estudo conjunto com vários especialistas, elaborou uma série de recomendações baseadas em evidências para a abordagem da FM e seu tratamento, as quais são resumidas no Anexo IV (Resumo das Recomendações da EULAR). Nas Recomendações específicas de MNF considera-se: o tratamento em piscina aquecida com ou sem exercício (evidência IIa B); programas de exercício físico individualizados podem ser úteis (IIb C). Nas Recomendações de MF específicas considera-se: tramadol para o tratamento da dor (evidência, Ib A), embora haja outras opções como outros opióides fracos e o paracetamol (evidência IV D); antidepressivos (nível de evidência Ia A); pregabalina (nível de evidência Ia A).

Assim em relação às diretrizes gerais salienta-se a consideração da FM como uma condição complexa e heterogénea que importa compreender, bem como a necessidade de uma abordagem multidisciplinar incluindo a combinação de MF e MNF, tendo sempre o utente um papel decisório na situação.

Outras formas terapêuticas bem como a intervenção da Reumatologia, Psiquiatria e outras especialidades médicas ou de outros profissionais de saúde não médicos são necessárias com alguma frequência (2).

A FM não causa deformações ou incapacidade física permanentes, mas muitos doentes são intolerantes à medicação e, dos que a toleram, menos de 50% apresentam melhorias significativas. Nos centros especializados, a taxa de sucessos terapêuticos chega a atingir 60%. As profissões que exigem a manutenção prolongada na mesma postura, movimentos repetitivos e elevação frequente e/ou mantida dos membros superiores, são as mais difíceis de tolerar. A experiência evidencia que, em geral o doente reformado antecipadamente devido à FM, piora posteriormente em resultado dos seguintes fatores (2): menor atividade física; redução dos ambientes de distração; agravamento da depressão; sentimento de inutilidade e maior disponibilidade para pensar na doença.

Os doentes devem ser periodicamente avaliados, quer sobre a evolução das queixas, quer acerca de eventuais efeitos adversos da terapêutica. Não existem critérios de remissão da doença mas, tendo em conta os objetivos do tratamento, a dor deve ser avaliada com instrumentos de medida validados<sup>†</sup>. É essencial a comparação sistemática dos seguintes parâmetros em relação às avaliações anteriores: nível de atividade; perfeccionismo; assertividade; capacidade de lidar com as dificuldades e o stress; sensibilidade à dor; depressão; alterações do sono e ansiedade/angústia. Para alguns destes pontos pode ser importante obter informação juntos dos conviventes diretos do doente (2).

A periodicidade do acompanhamento depende da gravidade da FM e das características das entidades associadas (2).

Em cerca de 60 a 70% dos doentes com FM verifica-se ineficácia terapêutica e/ou intolerância medicamentosa, por vezes importante. Nestes casos, está indicada a referenciação à Reumatologia para reavaliação e eventual orientação terapêutica (2).

Estando a Fibromialgia classificada como doença reumática, deve ser um médico conhecedor e sensibilizado para a doença a confirmar o diagnóstico. O recurso ao especialista poderá ser apenas uma ou duas vezes por ano, excluindo algumas situações excecionais. Não havendo ainda tratamento específico, após o diagnóstico, o doente deverá ser acompanhado pelo seu médico de família, uma vez que os médicos de MGF estão cada vez mais informados e sensibilizados para acompanhar estes doentes (3).

---

<sup>†</sup> Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) (21); Escala Analógica, Visual ou Numérica da Dor.

Num estudo (17), houve uma demora de 2,3 anos em média, até ao diagnóstico, e uma média de 3,7 médicos consultados. Os pacientes relataram dificuldade na descrição dos sintomas ao médico. Este mesmo estudo enfatiza que FM é caracterizada por múltiplos sintomas e tem um impacto notável na qualidade de vida. O diagnóstico de FM é atrasado, esperando o doente um período de tempo significativo antes de ir ao médico, acrescentando esse tempo ao tempo de diagnóstico. Ajudar os médicos a diagnosticar e tratar os doentes com FM vai beneficiar os doentes e os cuidadores.

A maioria dos doentes experiencia um atraso entre a altura de início dos sintomas e o diagnóstico apropriado pelo médico (18). No caso anterior, apenas 19% dos doentes foram diagnosticados imediatamente. Para mais de metade (54%), o diagnóstico demorou  $\geq 1$  ano. Para 1 em 4 doentes, demorou  $\geq 5$  anos. Esse estudo revelou ainda que 68% dos doentes cujo diagnóstico demorou cinco ou mais anos, relataram sintomas mais graves do que os que tiveram o seu diagnóstico definido dentro de 12 meses.

Esta dificuldade no diagnóstico também se deve à falta de confiança dos profissionais no diagnóstico e tratamento (22).

A dificuldade diagnóstica da FM é assumida em muitos trabalhos e estudos. Os sintomas da FM são facilmente confundidos com os de outras patologias já referidas, sendo assim uma doença de difícil diagnóstico.

Daqui se depreende a importância da definição precoce do diagnóstico de FM.

Os doentes com FM estão associados a um maior custo anual com a saúde, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários (3,6). A utilização dos recursos de saúde e custos associados diminuem drasticamente após a definição do diagnóstico de FM (23); daqui também se depreende a vantagem do diagnóstico precoce.

No presente estudo, todos os médicos inquiridos afirmam conhecer a Fibromialgia, sendo que uma percentagem bastante elevada considera que esta doença é uma entidade clínica de difícil definição (92,9%). Sustentam a afirmação pela dificuldade com o diagnóstico diferencial (32,1%) e pela complexidade dos sintomas (17,8%), sendo estas as principais dificuldades sentidas no diagnóstico de FM.

A Fibromialgia, sendo uma doença reumatológica, tem critérios de classificação (Anexo I e Anexo II). A utilização destes critérios promoveu um grande avanço em termos de inclusão da FM em estudos científicos. Mas para uso individual, com fins diagnósticos ainda deixa muito a desejar nomeadamente os pontos dolorosos, os quais, embora tenham a sua utilidade, não parecem ser determinantes para o diagnóstico da FM (17,25). Como se verificou neste trabalho, 62,5% dos inquiridos não consideram necessário a presença de todos os critérios estabelecidos pela ACR, para definir o diagnóstico. Este fato vem provar que estes critérios apresentam algum grau de dificuldade e incerteza na sua aplicação.

O estabelecimento do diagnóstico rápido e correto de FM é um componente essencial para o êxito do seguimento e do tratamento. O diagnóstico da FM tem sido ao longo dos tempos um desafio para os médicos, para os doentes e as suas famílias. Muitos doentes com FM vivem com dor crónica e outros sintomas, por extensos períodos. Quando estes utentes são finalmente corretamente diagnosticados é derrubada a maior barreira para um efetivo tratamento da FM (6).

Apesar de não existirem ECD específicos laboratoriais ou radiológicos que permitam diagnosticar a FM, esses exames ajudam a descartar outras doenças com sintomas semelhantes que são também características de muitas outras doenças. Os ECD são por isso, importantes quando definem outro diagnóstico e excluem a FM, ou excluem outros diagnósticos apenas. Os ECD, caracteristicamente normais, encerram importância diferencial com outras doenças ou síndromes (26).

A proporção de médicos que indica que sentiu dificuldades na definição do diagnóstico é mais elevada nos médicos com mais de 50 anos (88,9% versus 65,0%), sendo a diferença de proporções estatisticamente significativa,  $\chi^2 (1) = 4,648, p=0,031$ .

Esta dificuldade no diagnóstico foi comprovada num estudo (17) efetuado em diversos países da Europa, América e Ásia a 800 doentes com FM e 1622 médicos (Médicos de MGF e outras Especialidades), em que cerca de 11% dos médicos consideram muito difícil diagnosticar a FM, e 42% consideram algo difícil.

No presente estudo, o tempo em média, desde a primeira consulta e a definição do diagnóstico de FM foi de 12,07 meses, com um desvio padrão de 4,943 meses.

Sobre este tema, Oliveira e Costa (27) referem que o número elevado de anos que os pacientes com FM têm de esperar até obter um diagnóstico, poderá ser indicador da controvérsia ocorrida no seio da classe médica em aceitar e efetuar o diagnóstico de FM, dada a ausência de sinais objetivos em que a mesma assenta.

Uma das causas do atraso do diagnóstico se deve a alguma falta de confiança sentida pelos médicos no reconhecimento dos sintomas da FM, relacionada com a formação médica insuficiente sobre o tema (28).

Num Poster efetuado em Portugal por JC Branco (28) com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos médicos de MGF e Reumatologia acerca da FM, e de analisar a sua abordagem terapêutica e compará-la com a dos médicos franceses com um estudo semelhante já efetuado, revela que, tal como em França, existe em Portugal a necessidade de implementar um programa de formação médica contínua sobre a dor crónica e FM. O presente estudo está de acordo com esta afirmação, pois na opinião de 19,6% dos inquiridos, poder-se-ia encurtar o período até ao diagnóstico através de um maior conhecimento da patologia, mostrando a necessidade de mais formação; 21,4% sugere uma maior facilidade na referenciação para especialidade.

Por seu lado Maeda (29) num estudo efetuado, refere que o médico necessita de trabalhar os aspetos emocionais próprios, durante e após a sua formação profissional, de modo a reorientar o seu posicionamento no acolhimento da “dor”, sem deixar a ciência de lado, mas utilizando recursos internos, como a capacidade de observação e a intuição, entre outros, para a realização dos diagnósticos.

A estratégia para o diagnóstico e posterior tratamento da FM requer também uma abordagem multidisciplinar, com o objetivo de alcançar uma abordagem ampla e mais completa dos seus sintomas e comorbilidades (30).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Uma história bem estruturada e um exame físico meticuloso são os instrumentos essenciais para o diagnóstico diferencial e confirmação do diagnóstico de FM (31).

Os critérios diagnósticos publicados pelo ACR representaram um passo muito importante para a o diagnóstico da FM. No entanto na prática corrente nem sempre é observada a grelha completa dos critérios, conforme já foi descrito pelo ACR para o diagnóstico.

No acompanhamento da FM, a multidisciplinaridade apresenta uma série de vantagens: facilita o diagnóstico, bem como a vida do doente, promovendo a sua segurança e respondendo com mais facilidade às suas necessidades. Para além disso, a abordagem multidisciplinar permite intervir mais eficazmente do que de forma isolada (32).

Oliveira e Costa (27) referem a importância da abordagem biopsicossocial na avaliação e intervenção do estado de saúde do indivíduo, conceptualizando-o no seu todo (dimensão física, psicológica e social). Desta forma, e dada a natureza provavelmente multifactorial dos mecanismos envolvidos na génese e perpetuação da FM, a intervenção deve ser concebida em termos multidisciplinares, de modo a que o contributo das diferentes disciplinas seja coordenado e integrado em prol do doente.

Segundo Cunha e Barcelos (24), a FM é uma patologia complexa com reflexos negativos acentuados na qualidade de vida dos doentes e seus familiares, por conseguinte deverá ser abordada e tratada de forma multidisciplinar. Por outro lado segundo as mesmas autoras, o diagnóstico de FM nem sempre é fácil porque a sua apresentação clínica é variada podendo sugerir mesmo aos observadores mais experientes outros diagnósticos que deverão ser excluídos.

Dos inquiridos 82,1% considera importante a História Clínica juntamente com o Exame Objetivo, para o diagnóstico.

A longa lista de afeções que representam diagnóstico diferencial com a FM e a gravidade e tratamento específico que muitas dessas entidades possuem, levam muitos médicos a considerá-la como um “diagnóstico de exclusão” (25).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Uma história bem estruturada e um exame físico metucioso são os instrumentos essenciais para o diagnóstico diferencial e confirmação do diagnóstico de FM (33).

Em relação à terapêutica prescrita neste estudo, 27,7% receita antidepressivos, 22,6% analgésicos, 12,9% AINEs, 11,9% relaxantes musculares e 5,9% ansiolíticos. Alguns destes dados sobrepõem-se às recomendações supra citadas (2), uma vez que os antidepressivos e os analgésicos foram os fármacos mais referidos pelos inquiridos. Por outro lado, e sendo a resposta opção do próprio inquirido, o fato de 12,9% prescrever AINEs indica desconhecimento sobre o tema.

Para tratamento e seguimento dos doentes diagnosticados com FM ou para confirmação do diagnóstico, a maioria dos médicos de MGF elege a Reumatologia quando opta por referenciar. Sá, Cunha e Barcelos (34), independentemente do motivo ser diagnóstico ou terapêutico, verificou que os médicos MGF referenciavam 49,4% dos seus pacientes com FM à Reumatologia, 17,6% à Ortopedia, e 14,9% a Medicina Interna.

No presente estudo, 61% dos inquiridos refere referenciar os doentes, escolhendo maioritariamente a Reumatologia (63%) como destino da referenciação. Perante estes dados cada vez mais se deve salientar a importância do trabalho em equipa e a necessidade de manter abertos todos os canais de comunicação entre as diversas instituições e/ou especialidades.

Depois de definido o diagnóstico, 39,3% referenciam para consulta de Especialidade, 17,9% tratam, e 42,9% tratam e referenciam. Dentro dos que referenciam, 48,2% fazem-no para consulta de Reumatologia, e 19,6% referenciam para Reumatologia e Psiquiatria.

Uma maior facilidade de referenciação e portanto um melhor trabalho multidisciplinar, foi também uma sugestão apresentada por 21,4 % dos inquiridos como forma de encurtar o período de indefinição diagnóstica.

Atualmente, os médicos de MGF já estão mais sensibilizados para esta síndrome. Tem-se falado muito sobre este tema, em vários meios, com o conseqüente aumento da sensibilização (12).

## Conclusão

Em síntese, a percepção de que a FM é uma entidade nosológica difícil de definir foi referida por 92,9% da amostra.

80,4% dos médicos inquiridos referiram sentir dificuldade na efetivação do diagnóstico de FM.

82,1% da amostra referiram ser importante a história clínica e o exame objetivo para a concretização do diagnóstico.

A demora média do diagnóstico foi de 12,07 meses, com desvio padrão de 4,943 meses.

Dos inquiridos, 39,3% referencia os utentes após o diagnóstico; 17,9% trata os utentes sem os referenciar e 42,9 % trata e referencia os utentes, sendo a Especialidade de Reumatologia a mais referenciada com 48,2%, seguida de Reumatologia e Psiquiatria em 19,6% dos casos.

Como perspetivas futuras espera-se que as sugestões apresentadas por alguns clínicos, para a celeridade do diagnóstico se tornem realidade, sendo elas: maior facilidade na referenciação para especialidade (21,4%), maior conhecimento sobre a patologia/formação (19,6%), maior rapidez na realização dos ECD para exclusão de diagnósticos diferenciais (7,1%) entre outros.

Considera-se importante que as entidades de saúde e/ou de ensino competentes, quer a nível local, que a nível nacional e até mundial, juntem esforços no sentido de desenvolver um programa de formação para os profissionais de saúde que o desejem. A salientar que só uma atitude construtiva e um esforço na formação e investigação, poderão transformar estas sugestões em benefícios práticos para todos os doentes com FM.

Este trabalho com todas as falhas inerentes à inexperiência da autora, para além da vertente académica, foi também um despertar para a vertente da investigação com todas as suas exigências metodológicas.

# Bibliografia

- 1 Paula AP. Fibromialgia: Uma Visão Geral. *Brasília Med.* 2007; 44(2):129-31
- 2 Direção Geral de Saúde-Circular Normativa N°12/DCCG-07-02-04-Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas
- 3 Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Disponível em: [www.spr.pt](http://www.spr.pt). Acedido em 12 de Março de 2012
- 4 Rehm SE, Koroschetz J, Gokel U, Brosz M, Freynhagen R, Tolle T, et al. A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. *Rheumatology Oxf Uni Press.* 2010 Mar 17: 1-7
- 5 Moretti FA, Heymann RE, Marville V, Pollak DF, Riera R. Avaliação do nível de conhecimento sobre fibromialgia entre usuários da internet. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(1): 13-8
- 6 Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc.* 2011 May; 86(5):457-64
- 7 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet 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(2):160-17
- 8 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnosis criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010; 62(5):600-10
- 9 World Health Organization. International Classification of Diseases Version 2007. Disponível em: [www.who.int/classification/apps/icd/icd10online](http://www.who.int/classification/apps/icd/icd10online). Acedido em 10 de Janeiro de 2012.
- 10 Antônio SF. Fibromialgia. *Rev Bras Med.* 2001; 58:215-24
- 11 Fukuda CT, Takarada GH, Skare TL. Estudo comparativo entre Fibromialgia Primária e Secundária. *Rev Med Res.* 2010; 12(3 e 4):111-7
- 12 Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica. Acedido em 1 de Março de 2012. Disponível em: [www.myos.pt](http://www.myos.pt)
- 13 Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello CJ, Blotman F, Spaeth M, et al. Prevalence of Fibromyalgia: A survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2010; 39(6):448-53

- 14 Costa ÂA. Fibromialgia-Conhecimentos, percepções e práticas clínicas dos médicos de Medicina Geral e Familiar [Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2010
- 15 Domingues ME, Branco JC. Viver com Fibromialgia. A visão da Doente e do Médico. 5ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações; 2008
- 16 Peres MFP. Fibromialgia, fadiga e cefaleias. Einstein. 2004; 2(supl 1):49-7
- 17 Choy E, Perrot S, Leon T, Kaplan J, Petersel D, Ginovker A, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. BioMed Central Health Services Research. 2010;(10) 102:1-9
- 18 Healthy Women. The Impact of Fibromyalgia: New Survey Findings. Acedido em 20 de Fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.healthywomen.org/impact-fibromyalgia-new-survey-findings>
- 19 Polit D, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 390 p
- 20 Carville SF, Arendt NS, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskille D, et al. EULAR Evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis. 2008; 67: 536-42
- 21 Henriksen M, Lund H, Christensen R, Jespersen A, Dreyer L, Bennett RM, et al. Relationships between the fibromyalgia impact questionnaire, tender point count, and muscle strength in female patients with fibromyalgia: a cohort study. Arthritis Rheum. 2009 Jun 15; 16 (6): 732-9
- 22 ENFA: European Network of Fibromyalgia Associations. Acedido em 20 de Fevereiro de 2012. Disponível em: [www.enfa-europe.eu/statementsprofessionals](http://www.enfa-europe.eu/statementsprofessionals)
- 23 Annemans L, Wessly S, Spaepen E, Caekelberg K, Caubère JP, Le LK, et al. Consequências Económicas em Saúde Relacionadas com o Diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia. Arthritis Rheum. 2008; 58(3):895-902
- 24 Cunha I, Sá D, Barcelos A. Fibromialgia: A outra face da dor. Acta Reumatol Port. 2008 33:141-224 (supl):158
- 25 Martinez JE. Fibromialgia: O diagnóstico desafio do diagnóstico correcto. Rev Bras Reum. 2006 Jan/Fev; V46 N°1:1-2
- 26 Branco JC. Fibromialgia: Modelo Humano de Dor, Fadiga e Incapacidade Crónicas [Dissertação de Doutoramento]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. 1997
- 27 Oliveira P, Costa EM. Abordagem Psicossocial da Fibromialgia. Rev Dor. 2009; V17(3):9-16

- 28 Branco JC, Blotman F, Barros H, Thomas E, Caubère JP, Taieb CH. Identificação e Conhecimento da Fibromialgia. Inquérito junto dos Médicos generalistas e Reumatologistas em Portugal e comparação com a França. *Acta Reumatol Port.* 2008; 33:171-72
- 29 Maeda AM, Pollak DF, Martins MA. Compreensão do residente médico em Reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Rev Bras de Educação Médica.* 2009; 33(3):404-15
- 30 Heymann RE, Paiva ES, Junior MH, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JK, et al. Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia. *Ver Bras Reumatol.* 2010; 50 (1):55-66
- 31 Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA.* 2004; 292(19):2388-95
- 32 Reis AP. Myos e NUPE Juntos na criação de uma rede de cuidados multidisciplinares [Reportagem]. *Rev Médico de Família.* 2004 Maio; 66:76
- 33 Goldenberg DL. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia. *Am J Med.* 2009 Dec; 122 (12 supl): 14-21
- 34 Cunha I, Sá D, Barcelos A. Concordância diagnóstica entre o médico que solicita a consulta de Reumatologia e o Reumatologista. *Acta Reumat Port.* 2008 33:141-224 (supl): 158-9

## Anexos

## **Anexo I**

### **Critérios diagnósticos da Fibromialgia emanados pela ACR em 1990**

## Critérios diagnósticos da Fibromialgia emanados pela ACR em 1990

Duração superior a três meses de:

- dor musculoesquelética generalizada, ou seja, abaixo e acima da cintura e nas metades esquerda e direita do corpo;
- dor à pressão digital (4 kg) em áreas simétricas do corpo e com localização bem estabelecida, ou seja, em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos pré-estabelecidos, a saber:

<b>1-Ponto occipital</b>	Bilateral, nas inserções do músculo sub-occipital
<b>2-Ponto cervical inferior</b>	Bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 e C7
<b>3-Ponto trapézio</b>	Bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo
<b>4-Ponto supra espinhoso</b>	Bilateral, na origem do músculo acima da espinha da omoplata, junto do bordo interno.
<b>5-Ponto da segunda costela</b>	Bilateral, na junção costo-condral da segunda costela, imediatamente externo à junção e na face superior
<b>6-Ponto epicôndilo</b>	Bilateral, 2 cm externamente ao epicôndilo
<b>7-Ponto glúteo</b>	Bilateral, no quadrante superior externo da nádega, no folheto anterior do músculo
<b>8-Ponto grande trocânter</b>	Bilateral, posterior à proeminência trocântérica
<b>9-Ponto joelho</b>	Bilateral, na almofada adiposa interna, acima da interlinha articular

E, pelo menos, mais dois dos quatro sintomas seguintes:

- fadiga;
- alterações do sono;
- perturbações emocionais;
- dores de cabeça.(3)

Embora seja necessária a presença de pelo menos 11 pontos dolorosos, simétricos, em 18 possíveis, para classificar esta síndrome, aquele número pode não ser necessário para estabelecer o diagnóstico. (2)

**Anexo II**  
**Crêterios Preliminares para o Diagnóstico de FM, emanados pela**  
**ACR em 2010**

## Critérios preliminares para o diagnóstico de FM, emanados pela ACR em 2010

Modo de apuração:

1) Índice de dor generalizada (*widespread pain index, WPI*): observar o número de áreas em que o paciente teve dor durante a última semana.

Em quantas áreas é que o paciente teve dor?

Ombro esquerdo	Ombro direito
Braço esquerdo	Braço direito
Antebraço esquerdo	Antebraço direito
Anca esquerda	Anca direita
Coxa esquerda	Coxa direita
Perna esquerda	Perna direita
Mandíbula esquerda	Mandíbula direita
Tórax	Abdómen
Pescoço	Região dorsal
Região lombar	

A pontuação irá estar compreendida entre 0 e 19.

2) Escala de pontuação de gravidade dos sintomas (*symptom severity, SS*):

Fadiga
Sono não reparador
Sintomas cognitivos
Sintomas somáticos (dor abdominal, cefaleia, dor muscular e articular, etc)

Para cada um dos 3 sintomas acima, indicar o nível de gravidade durante a semana passada utilizando a seguinte escala:

0 = nenhum problema

1 = problema ligeiro, geralmente leve ou intermitente

2 = problema moderado, considerável, muitas vezes presente e / ou em um nível moderado

3 = problema grave: problemas difusos, contínuos e inquietantes e que perturbam a vida.

Considerando os sintomas somáticos em geral, indica-se se o paciente tem:

Dor muscular	Síndrome do intestino irritável
Fadiga / cansaço	Pensar ou lembrar os problemas
Fraqueza muscular	Cefaleia
Dor / cólicas abdominais	Dormência / parestesias
Tonturas	Insônia
Depressão	Obstipação
Dor abdominal superior	Náuseas
Ansiedade	Dor torácica
Visão turva	Febre
Diarreia	Boca seca
Prurido	Sibilos
Fenômeno de Raynaud	Urticária
Zumbidos auditivos	Vômitos
Azia	Úlceras orais
Perda / mudança da sensação de gosto	Convulsões
Olhos secos	Falta de ar
Perda de apetite	Erupção cutânea
Sensibilidade ao sol	Dificuldades de audição
Queda de cabelo	Equimoses fáceis
Micção mais frequente que o normal	Micção dolorosa
Espasmos vesicais	

0 = sem sintomas

1 = alguns sintomas

2 = número moderado de sintomas

3 = grande quantidade de sintomas.

A pontuação SS é a soma da gravidade dos sintomas de 2 (Fadiga, Sono não reparador, Sintomas cognitivos) mais a extensão (gravidade) de sintomas somáticos em geral. A pontuação final está entre 0 e 12.

O doente preenche os critérios de diagnóstico para FM se as 3 condições seguintes estiverem presentes (8):

- 
- 1 Índice de Dor Generalizada (WPI) for  $\leq 7$  e Escala de Gravidade dos Sintomas (SS)  $\geq 5$   
ou  
WPI 3-6 e Escala SS  $\geq 9$
  - 2 Sintomas presentes a um nível semelhante durante pelo menos 3 meses
  - 3 Ausência de outra doença que possa explicar a dor
-

**Anexo III**  
**Questionário**

## Questionário

## 1- Caracterização:

Idade 20 - 30 Anos  31 - 40 Anos  41 - 50  51+  Sexo M  F

Ano de Formatura \_\_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_\_

Grau na Carreira Médica \_\_\_\_\_ Serviço de \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

## 2- Conhece a doença denominada Fibromialgia (FM)?

Sim  Não

## 2.1. Considera a Fibromialgia (FM) uma entidade clínica fácil de definir?

Sim  Não

Porquê?

---



---



---

## 2.2. Para a definição do diagnóstico da FM o que considera mais importante:

A História Clínica

O Exame Objetivo

As duas anteriores

Outro

Qual?

---



---

2.3. Considera imprescindível existirem todos os critérios de diagnóstico da FM, emanados pelo *American College of Rheumatology (ACR)*, para atribuir o diagnóstico? (Segue em anexo a este formulário a descrição dos critérios da ACR)

Sim  Não

2.4. Na sua "lista" de utentes quantos têm diagnóstico de FM? 2.4.1. Quantos diagnosticados por si? 

## 2.4.2. Sentiu dificuldades na definição do diagnóstico?

Sim  Não

Quais?

---



---

## 2.5. Quanto tempo (em média) decorreu entre a 1ª consulta e a definição do diagnóstico de FM?

Anos \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

**2.5.1. Na sua opinião como se poderia encurtar este período?**

---



---



---



---

**3. Definido o diagnóstico de FM, o que faz:**

Trata a FM	___	
Envia para uma consulta da Especialidade	___	Qual? _____
Outro?	___	Qual? _____

---

**3.1. Se respondeu na questão anterior “Trata a FM”, qual a terapêutica que prescreve?**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## **Anexo IV**

### **Recomendações da EULAR para o tratamento da Fibromialgia**

## Recomendações da EULAR para o tratamento da Fibromialgia

### EULAR Recommendations

From these tables the following recommendations were made (table 4).

Recommendation	Level of Evidence	Strength
<b>General</b>		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function, and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features.	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient.	IV	D
<b>Non-Pharmacological Management</b>		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia.	IIa	B
Individually tailored exercise programmes including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia.	IIb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia.	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient.	IIb	C
<b>Pharmacological Management</b>		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia.	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended.	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia.	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia.	Ib	A

Table 4. EULAR Recommendations for the management of fibromyalgia.

