



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

# Prevalência de Fibromialgia no Concelho da Covilhã

Daniela de Carvalho Runa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos integrado)

Orientada por: Doutor Luís de Sousa Inês

Covilhã, Junho de 2011

*À minha avó Benedita, o meu pequeno (grande) tesouro.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Doutor Luís de Sousa Inês, por ter aceite o meu convite de orientação e sugerido o tema do presente trabalho. Pelo seu interesse, rigor, apoio e transmissão de conhecimentos.

Ao Professor Doutor Miguel Freitas, pela sua agradável prestação na área estatística, disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e simpatia.

A todos os utentes que aceitaram colaborar com o presente estudo contribuindo para um avanço no conhecimento sobre Fibromialgia.

Um agradecimento especial ao Director Executivo do ACES, Dr. Manuel Tomás Geraldês, aos(às) administrativos(as), enfermeiros e médicos do Centro de Saúde da Covilhã e extensões que cooperaram com este estudo na distribuição e preenchimento dos inquéritos com os utentes. Em particular a D. Helena, D. Paula, D. Inês, D. Marta, D. Maria Fernanda, D. Teresa, Enf. Anabela e Enf. Rosa do Centro de Saúde da Covilhã; D. Otília, D. Adília, D. Rosa Torrão, D. Natália Lopes, D. Maria Helena Seabra, D. Cidália, D. Rosa Silva, Enf. Filipe Gomes, Enf. Maria Alves e Sr. Rui Borda D'Água das extensões de saúde; a Dra. Eugénia Calvário e o Dr. Raposo do Centro de Saúde da Covilhã.

Aos meus pais Daniel e Guida pelo amor, pelo apoio incondicional, pela compreensão e tolerância nos momentos em que foram privados da minha presença e atenção. Mas mais que tudo, pelos sorrisos que me despertam nos momentos certos.

À minha irmã Maria João por ser para mim um modelo de perseverança, inteligência, coragem e vitória. Por ter sido uma fonte de inspiração e motivação para o presente trabalho, e pela ajuda preciosa que me ofereceu para a elaboração do mesmo. Pela certeza inegável de ter nela um ombro amigo para a eternidade.

À restante família que, de uma forma ou de outra, acompanharam estes últimos meses de trabalho árduo, demonstrando a sua solidariedade e disponibilidade.

À minha grande amiga Joana por ser um dos pilares da minha vida académica, pessoal e social. Pelo seu sentido prático que tantas vezes me ajudou a ultrapassar obstáculos, pelo seu sorriso simples e fácil, pela sua força interior que me motiva, pelo amor que me deu, que me dá e que me vai dar. Sem ela nada teria a mesma importância.

Aos meus amigos Lígia, Ana, Raquel, Pedro, Steph e Tiago por contribuírem para a minha sanidade mental com a vossa loucura e seriedade, para a minha felicidade com a vossa amizade e amor, e por contribuírem para que cada dia conte com os nossos risos e sorrisos. Vocês fizeram do meu mundo, um mundo melhor.

*O meu muito obrigada!*

## RESUMO

**Introdução:** A fibromialgia é uma síndrome clínica de etiologia desconhecida, caracterizada por dor generalizada crónica, fadiga crónica e distúrbios do sono. Causa um importante impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, o que por si só, cria a necessidade de aumentar o conhecimento acerca desta patologia. É uma situação clínica frequente, mas a sua prevalência é desconhecida. O objectivo deste estudo é estimar a prevalência de fibromialgia no concelho da Covilhã, e relacionar a mesma com variáveis socioculturais, de modo a identificar possíveis factores de risco da doença.

**Métodos:** De Fevereiro a Abril de 2011, a versão portuguesa do London Fibromyalgia Epidemiology Study Questionnaire (LFESSQ) foi distribuída a uma amostra de conveniência de 850 utentes de cuidados de saúde primários. Para o questionário ser considerado válido todos os campos tinham que estar necessariamente preenchidos e o inquirido apresentar idade superior a 18 anos. Os utentes foram considerados como casos positivos se, de acordo com os critérios definidos do LFESSQ: (1) preenchessem somente os quatro critérios de dor (Q-4), ou (2) preenchessem ambos os quatro critérios de dor e os dois critérios de fadiga (Q-6). A prevalência de fibromialgia na amostra foi estimada aplicando o valor preditivo positivo do LFESSQ definido previamente em Portugal para este questionário.

**Resultados:** Dos 850 questionários distribuídos, 785 consideraram-se válidos. Foram identificados na amostra 26,6% de utentes que preencheram os requisitos de dor (Q-4) e 17,1% de dor e fadiga (Q-6). A estimativa de prevalência total de fibromialgia com os critérios Q-4 e Q-6 foi de 7,71% (IC 95%: 5,85 a 9,58) e 6,16% (IC 95%: 4,74 a 7,84), respectivamente. Verificou-se uma maior prevalência com o aumento da idade em ambos os critérios, e no sexo feminino (Q-4: 8,49% e Q-6: 6,88%) comparativamente ao sexo masculino (Q-4: 5,86% e Q-6: 4,43%). As categorias sociodemográficas (estado civil, residência, nível educacional e profissão) não revelaram estar relacionadas com a probabilidade de apresentar fibromialgia.

**Conclusões:** Nesta amostra de utentes de cuidados de saúde primários a prevalência estimada de fibromialgia foi significativa (4,74%-9,58%), manifestando associação com as variáveis sexo feminino e envelhecimento.

## Palavras-chave

Fibromialgia; Dor crónica generalizada; Fadiga; Diagnóstico; Prevalência.

## ABSTRACT

**Introduction:** Fibromyalgia is a syndrome of unknown etiology characterized by chronic widespread pain, chronic fatigue and sleep disturbances. It causes a significant negative impact on quality of life of individuals, which creates the need to increase the knowledge of this pathology in itself. It is a common clinical situation, but its prevalence is not well known. The purpose of this study is to estimate the prevalence of fibromyalgia in the district of Covilhã, and relate it with socio-cultural variables. This will allow identifying possible risk factors for the disease.

**Methods:** From February to April 2011, the Portuguese version of the London Fibromyalgia Epidemiology Study Questionnaire (LFESSQ) was distributed to a convenience sample of 850 primary health care patients. For the questionnaire to be valid it was necessary that all fields were completed and the respondent was over 18 years. Patients were considered as positive cases if, according to the criteria of LFESSQ: (1) fulfilled only the four criteria of pain (Q-4), or (2) fulfilled both the four criteria of pain and the two criteria of fatigue (Q-6). The prevalence of fibromyalgia in the sample was determined by applying the positive predictive value of previously defined LFESSQ in Portugal for this survey.

**Results:** From the 850 questionnaires distributed, 785 were considered valid. In the sample were identified 26.6% of patients that met the requirements of pain (Q-4) and 17.1% of pain and fatigue (Q-6). The estimated overall prevalence of fibromyalgia with the criteria Q-4 and Q-6 was 7.71% (95% CI 5.85 to 9.58) and 6.16% (95% CI 4.74 to 7.84), respectively. A higher prevalence in both criteria was observed with increasing age and among females (Q-4: 8.49% and Q-6: 6.88%) compared with males (Q-4: 5.86% and Q-6: 4.43%). The sociodemographic categories (marital status, residency, educational level and occupation) did not appear to affect the likelihood of having fibromyalgia.

**Conclusions:** In this sample of primary health care patients the prevalence of fibromyalgia was significant (4,74%-9,58%), showing an association with female gender and aging.

## Keywords

Fibromyalgia; Chronic widespread pain; Fatigue; Diagnosis; Prevalence.

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	II
RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	IV
ÍNDICE GERAL .....	V
ÍNDICE DE TABELAS .....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS .....	VII
LISTA DE ACRÓNIMOS .....	VIII
INTRODUÇÃO .....	9
I.    OBJECTIVOS .....	11
MÉTODOS .....	12
II.   TIPO DE ESTUDO .....	13
III.  AMOSTRA .....	13
IV.  QUESTIONÁRIO .....	13
V.   ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DE FM .....	15
VI.  ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	15
RESULTADOS .....	16
DISCUSSÃO .....	30
BIBLIOGRAFIA .....	36
ANEXOS .....	39

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA RELATIVA AO SEXO. ....	27
TABELA 2 -ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA CONSOANTE Q-4 OU Q-6 RELATIVA A VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS. ....	29

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - QUESTIONÁRIO APLICADO NO PRESENTE ESTUDO - 2º GRUPO DE QUESTÕES. ....	14
FIGURA 2 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE QUESTIONÁRIOS VÁLIDOS POR INSTALAÇÕES DE SAÚDE.....	17
FIGURA 3 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE INQUIRIDOS POR SEXO E IDADE. ....	18
FIGURA 4 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE INQUIRIDOS RELATIVAMENTE AO ESTADO CIVIL. ....	18
FIGURA 5 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE INQUIRIDOS RELATIVAMENTE AO LOCAL DE RESIDÊNCIA. ....	19
FIGURA 6 - PERCENTAGEM RELATIVA DE INQUIRIDOS POR NÍVEL EDUCACIONAL. ....	19
FIGURA 7 - PROPORÇÃO DE INQUIRIDOS RELATIVAMENTE À PROFISSÃO. ....	20
FIGURA 8 - PROPORÇÃO DE UTENTES (N=785) QUE SATISFIZERAM OU NÃO OS CRITÉRIOS DE DOR.....	21
FIGURA 9 - PROPORÇÃO DE UTENTES (N=785) QUE SATISFIZERAM OU NÃO OS CRITÉRIOS DE FADIGA.....	21
FIGURA 10 - PROPORÇÃO DE UTENTES (N=785) QUE SATISFIZERAM SIMULTANEAMENTE OU NÃO OS CRITÉRIOS DE DOR E FADIGA. ....	22
FIGURA 11 - PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE Q-4 POR FAIXA ETÁRIA. ....	23
FIGURA 12 - PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE Q-6 POR FAIXA ETÁRIA. ....	23
FIGURA 13 - PROPORÇÃO DE Q-4 E Q-6 RELATIVAMENTE AO ESTADO CIVIL DOS UTENTES. ....	24
FIGURA 14 - PROPORÇÃO DE Q-4 E Q-6 RELATIVAMENTE AO LOCAL DE RESIDÊNCIA DOS UTENTES. ....	24
FIGURA 15 - PROPORÇÃO DE Q-4 E Q-6 RELATIVAMENTE AO NÍVEL EDUCACIONAL DOS UTENTES EM QUATRO CATEGORIAS. ....	25
FIGURA 16 - PROPORÇÃO DE Q-4 E Q-6 RELATIVAMENTE À PROFISSÃO DOS UTENTES. ....	26
FIGURA 17 - ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA RELATIVA À IDADE. ....	28

## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

**ACES** - Agrupamento de Centro de Saúde da Cova da Beira

**ACR** - American College of Rheumatology

**AUC** - Area Under the Curve

**CS** - Centro de Saúde

**DCG** - Dor crónica generalizada

**DCV** - Doenças Cardiovasculares

**EA** - Espondilite anquilosante

**FDA** - Food and Drug Administration

**FM** - Fibromialgia

**IC** - Intervalo de Confiança

**LFESSQ** - London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire

**PD** - Pontos dolorosos

**ROC** - Receiver Operating Characteristic

**SPSS** - Statistical Package for Social Sciences

**VPP** - Valor preditivo positivo

---

## INTRODUÇÃO

## Introdução

A fibromialgia (FM) é uma síndrome clínica reumática crónica, não inflamatória e de causa desconhecida, que afecta o ser humano a nível físico, emocional e social.<sup>1</sup> Caracteriza-se por dor crónica generalizada nos tecidos moles (i.e. músculos, ligamentos e tendões) não afectando ossos ou articulações, fadiga crónica e sono não reparador.<sup>2-5</sup>

Existem descrições de casos característicos de fibromialgia no séc. XIX, contudo apenas nos últimos 30 anos se começou a assumir a sua individualização como entidade clínica e consequente investigação científica acerca desta patologia.<sup>2</sup>

Nos EUA a sua incidência anual está estimada de 1-35 casos por 100000 habitantes, e na Europa, a prevalência varia entre 1% a 6% da população adulta entre os 20-50 anos, da qual a maioria é do sexo feminino. A incidência aumenta com a idade, de modo que acima dos 80 anos, mais de 8% dos adultos preenchem os critérios de diagnóstico.<sup>2, 4-7</sup>

O diagnóstico de FM depende da identificação das suas manifestações clínicas características e do diagnóstico diferencial com outras patologias que podem causar queixas similares. De forma a melhorar a definição de casos para efeitos clínicos e de investigação, foram desenvolvidos critérios de diagnóstico e classificação. A definição mais consensual e adoptada por várias entidades científicas consiste nos critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em 1990, que consideram a presença de dor generalizada crónica (dor com, pelo menos, 3 meses de duração, nos lados direito e esquerdo do corpo, acima e abaixo da cintura e no esqueleto axial) associada a dor à pressão digital em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos anatomicamente definidos (*vide* anexo 1). No entanto, esta definição mostrou-se demasiado simplista e pouco específica frente à quantidade de sintomas não abrangidos e que caracterizam a doença.<sup>8-10</sup> Assim sendo, em 2010 o ACR actualizou os critérios de diagnóstico de FM, mantendo as características do sintoma de dor, e acrescentando os sintomas de fadiga, sono não reparador, sintomas cognitivos e somáticos (*vide* anexo 2).<sup>5, 11</sup>

A fisiopatologia ainda é pouco compreendida, mas o estado actual de conhecimentos sugere que a FM é um distúrbio psicossomático associado a distúrbios funcionais das vias neurológicas da dor. Evidências crescentes sugerem que o mecanismo neurológico é tendencialmente central.<sup>1-3, 8</sup> De facto, fármacos que modulam a actividade destas vias nervosas, através do aumento dos níveis de noradrenalina, serotonina ou GABA demonstraram eficácia no tratamento da Fibromialgia, o que sugere a validade destes mecanismos fisiopatológicos e conduziu ao licenciamento dos mesmos para o tratamento da Fibromialgia pela Food and Drug Administration (FDA) nos EUA.<sup>1-2</sup>

No entanto, e apesar de várias evidências científicas, um considerável número de profissionais de saúde ainda se mostra céptico em relação à FM. Talvez pela natureza subjectiva das suas manifestações clínicas e laboratoriais, ou pela falta de informação acerca desta patologia ou mesmo pelo insuficiente conhecimento da sua prevalência e incidência. <sup>12-</sup>

<sup>13</sup>

Desta forma, considerou-se imperativa a existência de um estudo de base numa população com prevalência desconhecida da doença, para posteriormente tomar consciência das medidas necessárias para melhorar o atendimento primário a estes doentes. Este é assim o objectivo principal deste estudo, pretendendo avaliar a prevalência de FM em utentes de instituições de saúde primárias, de modo a conhecer a sua distribuição e factores de risco.

## **i. Objectivos**

A pergunta central deste estudo é: Qual é a prevalência de Fibromialgia no Concelho da Covilhã?

Os objectivos específicos do estudo são:

- Avaliar na população de utentes dos cuidados de saúde primários do Concelho da Covilhã:

1. A prevalência de FM.
2. Quantificar a proporção de indivíduos com sintomas de dor crónica generalizada e/ou fadiga crónica.
3. Estudar a possível associação entre a presença de dor crónica generalizada e/ou fadiga crónica com características sociodemográficas do indivíduo.
4. Comparar a prevalência estimada de FM de acordo com o sexo, idade, estado civil, nível educacional, profissão e residência.

---

## MÉTODOS

## **Métodos**

### **ii. Tipo de Estudo**

Estudo epidemiológico do tipo descritivo transversal. Foi realizado nas instalações do Centro de Saúde (CS) da Covilhã e em 11 das suas extensões (Ferro, Tortosendo, Teixoso, Boidobra, Erada, Orjais, Unhais da Serra, Peraboa, Vila do Carvalho, Paúl, Ourondo) durante 3 meses decorridos entre Fevereiro e Abril de 2011. A amostra foi constituída por utentes que frequentam as respectivas instalações de saúde, sem nenhum tipo de aleatorização, que responderam de forma anónima e consentida a um questionário elaborado para o presente estudo.

### **iii. Amostra**

A população-alvo consistia na população geral de adultos com residência no Concelho da Covilhã. A população acessível consistiu na população de utentes do Centro de Saúde da Covilhã e suas extensões. O tipo de amostragem foi por conveniência, não probabilística. Em todas as instalações de saúde onde foram aplicados os questionários foi pedida a colaboração dos(as) funcionários(as) administrativos(as) para a sua distribuição, ajuda no preenchimento (caso houvesse necessidade) e recolha. Para esse efeito foi dada uma pequena formação acerca da noção de fibromialgia, a sua prevalência mundial e importância do diagnóstico na qualidade de vida das pessoas. Os critérios de inclusão cingiram-se a idade superior a 18 anos e a aceitação voluntária de participação no estudo. Os critérios de exclusão foram constituídos pela recusa de participação no estudo e o não preenchimento da totalidade dos dados solicitados.

Sendo assim, foram distribuídos 850 questionários no total, dos quais 785 considerados válidos para integrar a amostra.

### **iv. Questionário**

Para a obtenção de dados foi elaborado um questionário de preenchimento rápido e gratuito, com 12 questões reunidas em 2 grupos, constituído por questões fechadas de resposta única e questões semi-abertas (*vide* anexo 3).

No primeiro grupo foram requeridas informações referentes ao género, idade, estado civil, residência, nível educacional e profissão.

O segundo grupo (*vide* Figura 1) foi constituído por 6 questões traduzidas do questionário desenvolvido pelo Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da Divisão de Reumatologia da Universidade de Londres (London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire - LFESSQ)<sup>7</sup>.

**Nos últimos 3 meses:**

1. Teve dor nos músculos, ossos ou articulações com duração de, pelo menos, 1 semana?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_
2. Teve dor nos ombros, braços ou mãos?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_  
De que lado? Direito \_\_\_ Esquerdo \_\_\_ Ambos \_\_\_
3. Teve dor nas pernas ou pés?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_  
De que lado? Direito \_\_\_ Esquerdo \_\_\_ Ambos \_\_\_
4. Teve dor no pescoço, peito ou costas?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_
5. Sentiu-se com frequência cansado ou fatigado?  
Sim \_\_\_ Não \_\_\_
6. O cansaço ou fadiga limitam as suas actividades de forma significativa? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

*Figura 1 - Questionário aplicado no presente estudo - 2º grupo de questões.*

As questões estão divididas em dois conjuntos que avaliam a presença de critérios de dor generalizada e de fadiga segundo o ACR (*vide* anexos 1 e 2). Assim sendo, foram considerados dois tipos de casos positivos: o primeiro quando o utente respondeu afirmativamente (respostas “sim” e “ambos”) apenas às primeiras quatro questões, sendo nomeado por Q-4; o segundo quando respondeu afirmativamente (respostas “sim” e “ambos”) a todas as seis perguntas do questionário, tomando a nomenclatura de Q-6.

Antes da investigação ser iniciada o questionário foi revisto e corrigido por um médico reumatologista. Foi realizado um pré-teste numa amostra de 20 utentes do C.S.Covilhã para averiguar a existência de dificuldades de compreensão/preenchimento e proceder a alterações se assim se justificasse. Como tal não foi necessário, o questionário inicial foi mantido e os dados obtidos nessa primeira amostra incluídos no estudo.

O protocolo de investigação deste estudo foi proposto ao Director Executivo do ACES, Dr. Manuel Tomás Geraldès, tendo recebido o parecer favorável a 30 de Dezembro de 2010.

#### **v. Estimativa de Prevalência de FM**

Para estimar a prevalência de FM utilizou-se o valor preditivo positivo (VPP) de Q-4 e Q-6 calculado para Portugal na investigação científica que serve de base e fundamento a este estudo, intitulada “Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries”<sup>7</sup>. Nesse caso, a prevalência de FM foi primeiro inferida numa amostra de doentes da consulta de reumatologia por médicos especialistas. Mais tarde foi estimada para a população geral assumindo que o VPP de Q-4 e Q-6 nessa população seria similar ao calculado na amostra de utentes de consulta de reumatologia.

Desta forma, a prevalência de FM do presente estudo correspondeu à percentagem de utentes do Centro de Saúde da Covilhã e extensões participantes que satisfizeram os critérios para Q-4 e Q-6 multiplicada pelo VPP correspondente (29% para Q-4 e 36% para Q-6).

#### **vi. Análise Estatística**

O preenchimento dos questionários foi conferido manualmente e todos aqueles com campos por completar (n=65) foram excluídos.

Para a análise estatística, recorreu-se o software estatístico SPSS<sup>®</sup> 19.0 (Statistical Package for Social Sciences), utilizando-se parâmetros de estatística descritiva, com cálculos de frequências simples e relativas, média e desvio padrão. Para a análise bivariável aplicou-se o teste de independência do Chi-quadrado ( $X^2$ ) e os coeficientes Phi e V de Cramer. Seguidamente, foram utilizados modelos de regressão logística para testar em modelo multivariável a associação de Q4 e Q6 com as variáveis independentes sociodemográficas (sexo, idade, residência, estado civil, estado profissional e nível educacional). O modelo de regressão foi aplicado com método de entrada Stepwise baseado em rácio de verosimilhança. Na comparação entre os sexos feminino e masculino foi calculado o Odds Ratio em relação a Q-4 e Q-6, não havendo possibilidade de efectuar o mesmo cálculo em relação à prevalência de FM por ausência de dados. Obteve-se uma estimativa da proporção de casos com FM nos grupos Q-4 e Q-6, mas não foi possível efectuar a atribuição individual do diagnóstico.

Foi considerado com significância estatística o valor de  $p < 0,05$ .

---

## RESULTADOS

## Resultados

### Caracterização da amostra

A população de utentes que frequentou as instalações de saúde participantes no período de elaboração de questionários foi de 24994. No total foram distribuídos e devolvidos 850 inquéritos, dos quais 65 não estavam correctamente preenchidos pelo que foram excluídos do estudo. Desta forma, foram integrados na amostra 785 questionários provenientes de 13 instalações de cuidados de saúde primários, discriminados na figura 2.

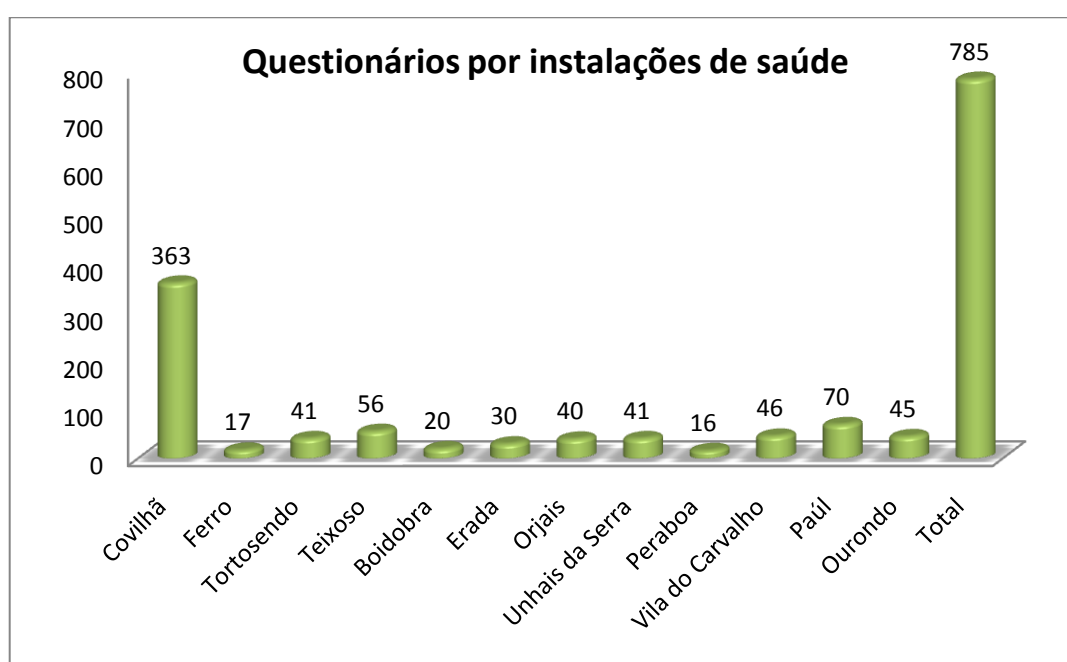


Figura 2 - Frequência absoluta de questionários válidos por instalações de saúde.

A amostra foi constituída por utentes que aceitaram colaborar com o estudo, na sua grande maioria do sexo feminino (71%; n=557), com uma média de idade de 54 ( $\pm 16,744$ ) anos, havendo um considerável predomínio da classe etária dos 49-68 anos, como se pode observar na figura 3.

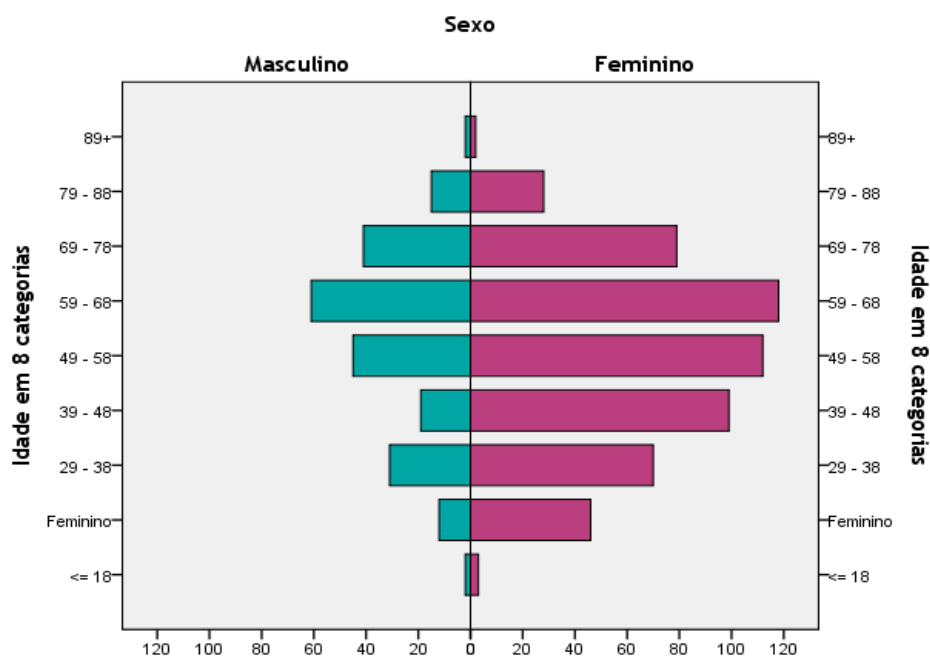


Figura 3 - Frequência absoluta de inquiridos por sexo e idade.

No que se refere ao estado civil e local de residência (vide Figuras 4 e 5), os inquiridos eram maioritariamente casados ou viviam em união de facto (n=525), residiam na cidade (n=319) ou vila (n=299).

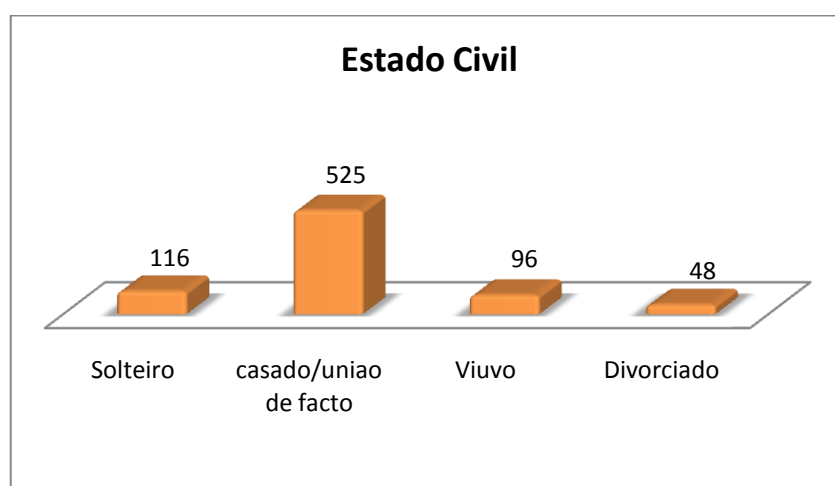


Figura 4 - Frequência absoluta de inquiridos relativamente ao estado civil.

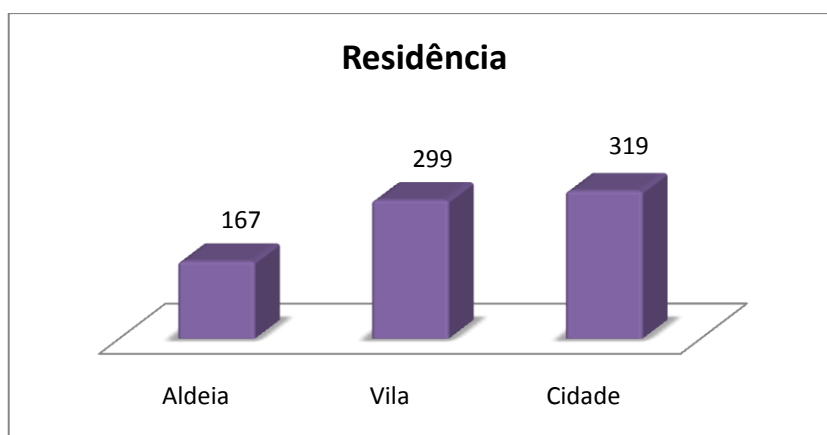


Figura 5 - Frequência absoluta de inquiridos relativamente ao local de residência.

Na categoria “Nível Educacional”, o questionário continha sete hipóteses de resposta correspondentes aos graus académicos: ensino básico, 3º ciclo, ensino secundário, bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento. Havia ainda uma última possibilidade de resposta intitulada como “outros” quando o grau académico do utente não se enquadrava em nenhum dos apresentados. Esta última alínea foi assinalada nos casos de analfabetismo ou ensino básico não concluído, e dado que a proporção destes inquiridos foi baixa (n=50) decidiu-se excluir essa alínea dos cálculos, por não contribuírem em número suficiente. Para além disso, as categorias bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento foram agrupadas numa só (“Ensino Superior”) pois, individualmente, o número de casos válidos de cada uma era insignificante. Deste modo, a figura 6 mostra a percentagem relativa dos graus académicos dos utentes incluídos na amostra, agrupados em quatro categorias.

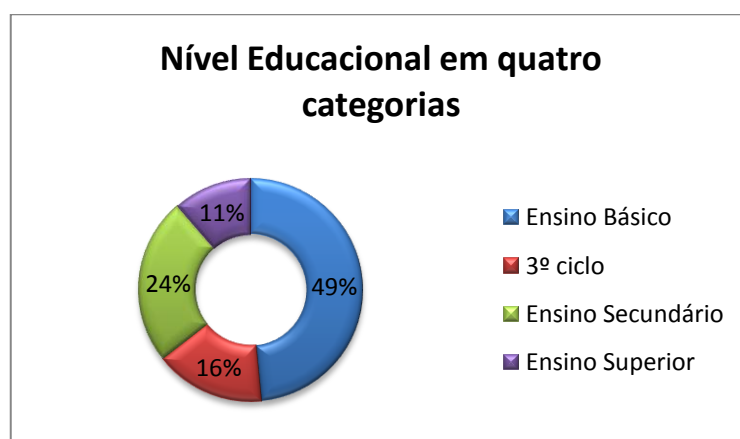


Figura 6 - Percentagem relativa de inquiridos por nível educacional.

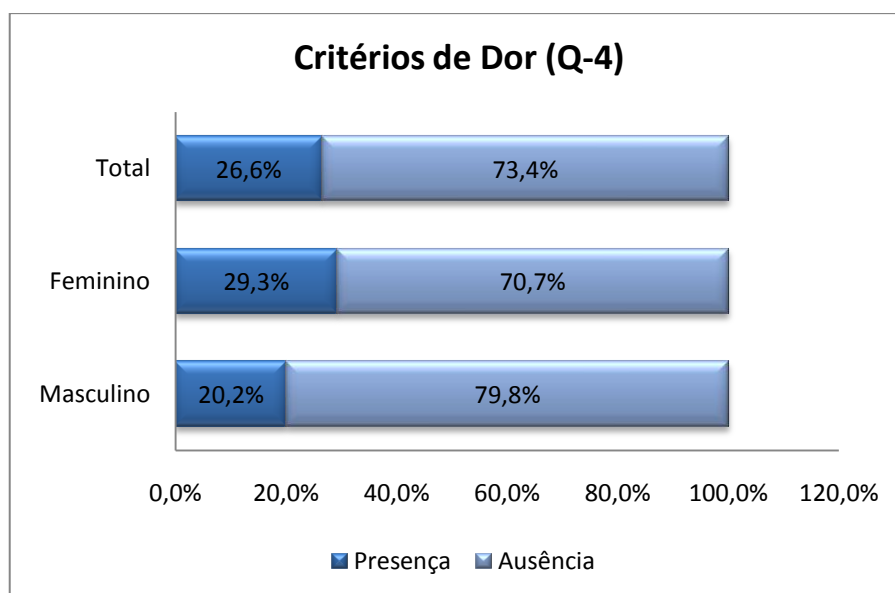
A maioria (40%) dos inquiridos era reformado, seguido de 35% empregado e 14% desempregado (vide Figura 7). A população estudante esteve pouco representada nesta amostra (4%).



Figura 7 - Proporção de inquiridos relativamente à profissão.

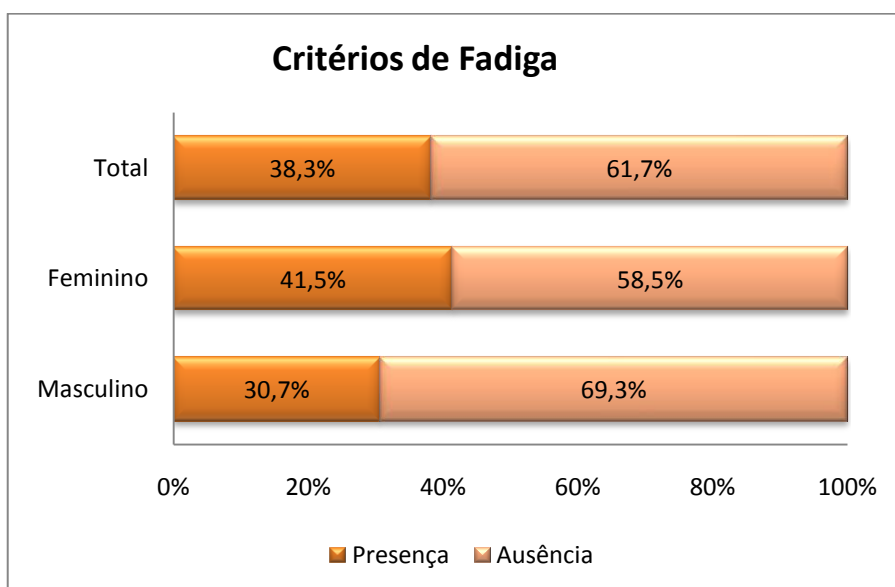
#### *Critérios de Dor e Fadiga - Análise Bivariável*

Analisando agora os quatro itens relativos ao sintoma de dor, 26,6% dos utentes inquiridos satisfizeram os critérios de dor (Q-4). Como se pode observar na figura 8, a diferença de proporção Q-4 entre mulheres e homens não é elevada, com 29,3% do total de mulheres para 20,2% do total de homens. Neste sentido, verificou-se a existência de diferença de distribuição de positividade Q-4 entre sexos com significância estatística de  $p=0,009$ . O sexo feminino revelou ser um factor de risco para a presença de sintomas de dor, contudo com uma força de associação fraca (odds ratio: 1,64; IC 95%: 1,13 a 2,38).



*Figura 8 - Proporção de utentes (n=785) que satisfizeram ou não os critérios de dor.*

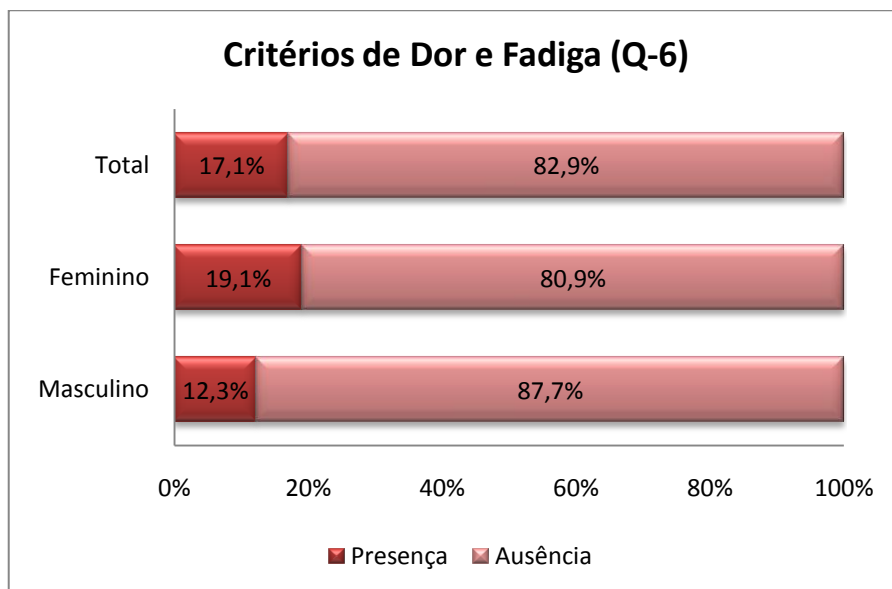
Relativamente às duas questões que vão de encontro aos critérios de fadiga (vide Figura 9), observou-se uma proporção mais elevada na totalidade da amostra (38,3%) e em ambos os sexos ( $p=0,005$ ), comparativamente com as percentagens identificadas nos critérios de dor.



*Figura 9 - Proporção de utentes (n=785) que satisfizeram ou não os critérios de fadiga.*

Como seria de esperar, a presença de ambos os critérios de dor e fadiga (Q-6) não foi tão comum. Na amostra total, 17,1% dos inquiridos cumpriam os critérios Q-6 (de dor e de

fadiga), verificando-se novamente uma liderança do sexo feminino com 19,1% para 12,3% no total do sexo masculino (*vide* Figura 10). A diferença de resposta entre sexos é estatisticamente significativa ( $p=0,023$ ) e, mais uma vez, a possibilidade da categoria sexo ser um factor de risco para a presença de Q-6 existe embora não seja elevada (odds ratio: 1,68; IC 95%: 1,07 a 2,63).



*Figura 10 - Proporção de utentes (n=785) que satisfizeram simultaneamente ou não os critérios de dor e fadiga.*

Em relação à idade, a presença de queixas de dor que satisfizeram os critérios do ACR (Q-4) revelou-se incomum em pessoas jovens (<25-30 anos), aumentando à medida que a idade avançava, atingindo um pico acima dos 85 anos (*vide* Figura 11). No mesmo sentido, considerando o caso Q-6 verifica-se a mesma ausência de critérios de dor e fadiga nos utentes jovens, no entanto, o aumento dessa proporção com a idade é mais lento (40% apenas acima dos 80anos). Como se pode ver na figura 12, o pico máximo ocorre a partir dos 85 anos. Neste estudo foi apurada uma elevada significância estatística para a variável idade, com  $p<0,001$ .

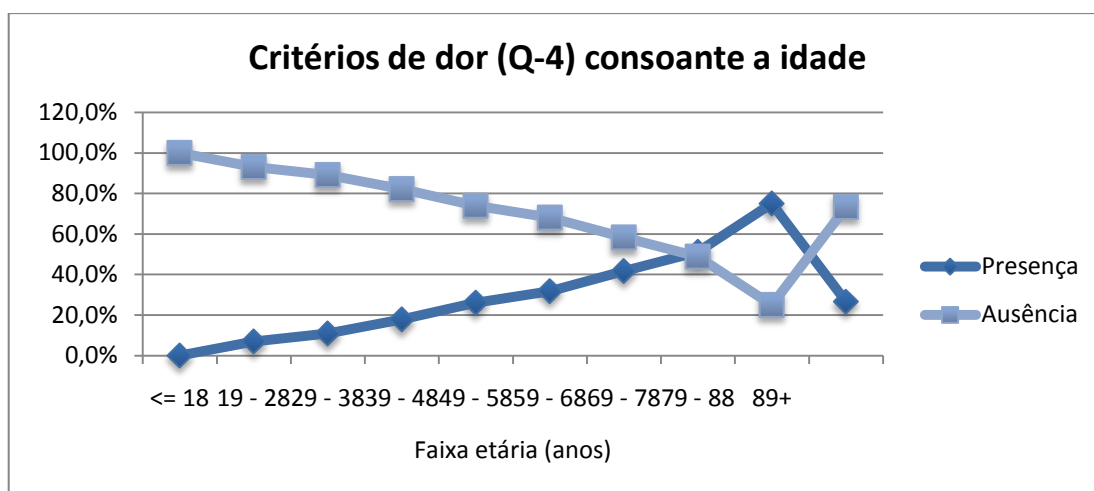


Figura 11 - Presença ou ausência de Q-4 por faixa etária.

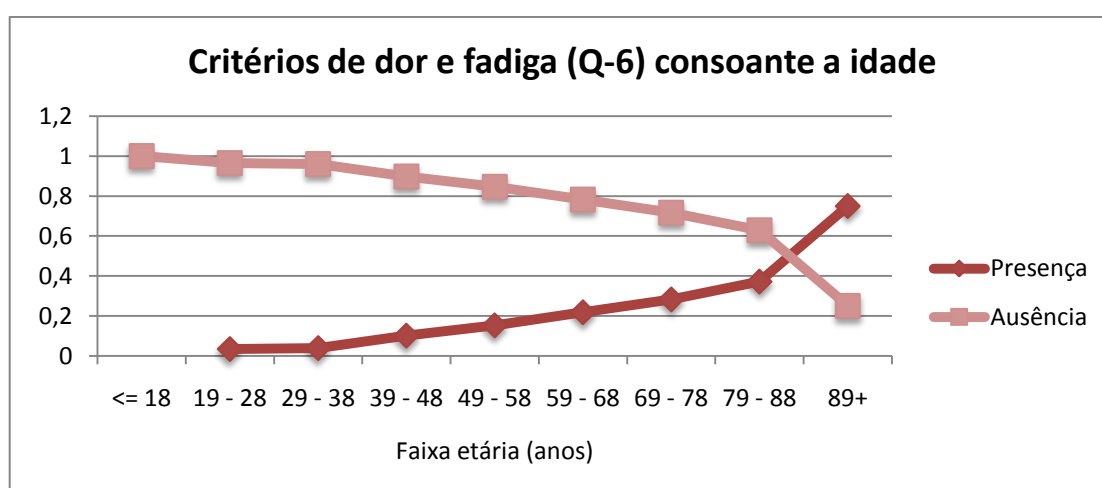


Figura 12 - Presença ou ausência de Q-6 por faixa etária.

A figura 13 compara a proporção Q-4 e Q-6 relativamente ao estado civil dos utentes, mostrando uma predominância dos dois casos nos inquiridos viúvos, maioritariamente em Q-4 (52,1%). De seguida, aparece o estado civil “divorciado”, sucedendo-lhe o estado “casado/união de facto” (novamente em maior número nos casos Q-4). As relações estado civil/Q-4 e estado civil/Q-6 são significantes ( $p < 0,001$ ) embora a segunda seja mais fraca ( $\Phi$  e  $V$  de Cramer=0,242).

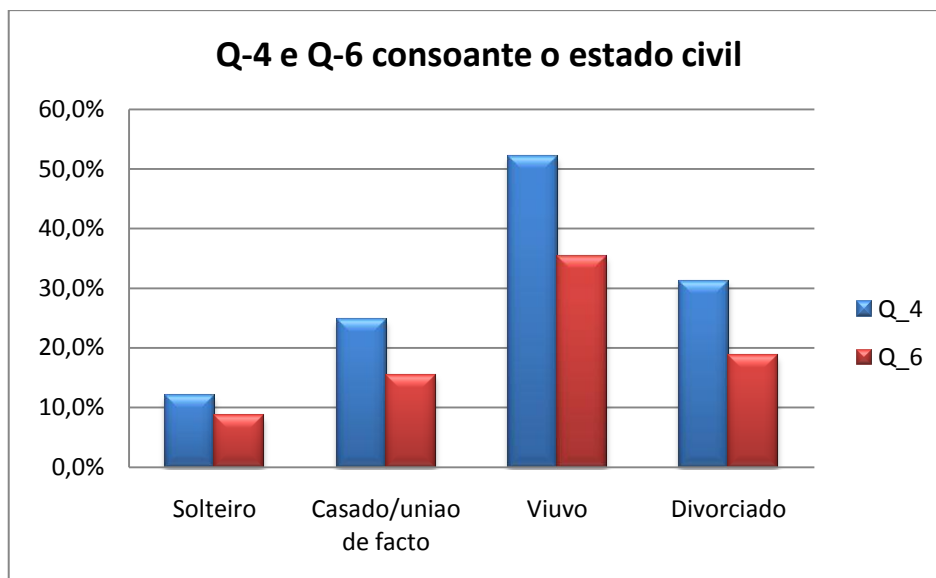


Figura 13 - Proporção de Q-4 e Q-6 relativamente ao estado civil dos utentes.

Os utentes residentes em aldeia e vila registaram a maior proporção de critérios de dor (Q-4), com 32,3% e 29,1% respectivamente ( $p < 0,05$ ). Quanto aos critérios de dor e fadiga em simultâneo (Q-6), a proporção foi mais baixa mas de igual modo com maioria para os residentes em aldeia (21,6%), como se pode observar na figura 14. No entanto, não se registaram diferenças estatisticamente significativas na análise bivariável entre a residência e a resposta Q-6 ( $p > 0,05$ ).

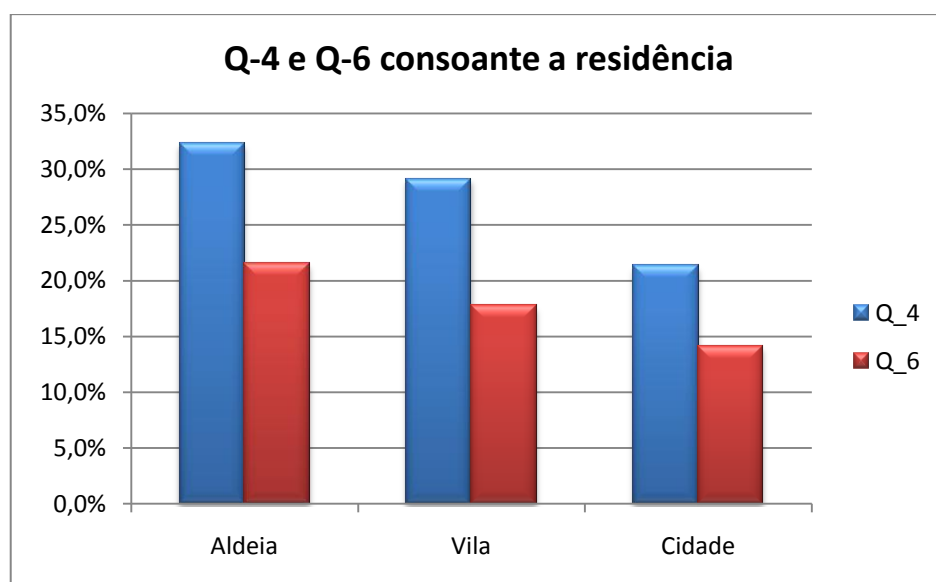


Figura 14 - Proporção de Q-4 e Q-6 relativamente ao local de residência dos utentes.

Pela análise do nível educacional (*vide* Figura 15), o ensino básico lidera ambas as respostas Q-4 (36,2%) e Q-6 (24,2%), verificando-se depois que a representatividade dos dois critérios vai diminuindo à medida que o grau académico aumenta, chegando a valores de 14,3% (Q-4) e 4,8% (Q-6) na categoria “ensino superior”. Para além disso, a associação destas variáveis revelou-se de grande significância estatística ( $p < 0,001$ ), havendo dependência entre o nível educacional e a resposta afirmativa a Q-4 e Q-6.

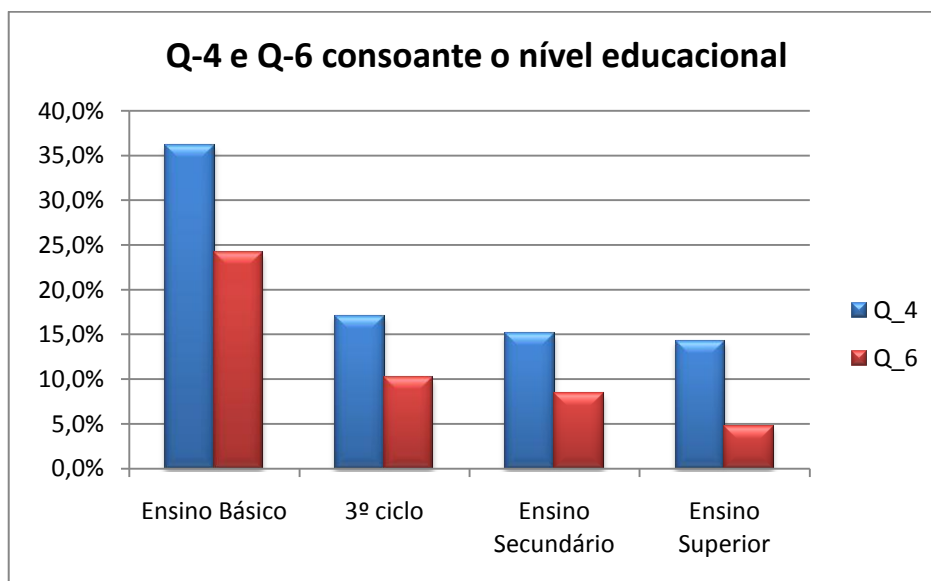


Figura 15 - Proporção de Q-4 e Q-6 relativamente ao nível educacional dos utentes em quatro categorias.

Nenhum estudante que respondeu a este inquérito satisfaz ambos os critérios de dor e fadiga, não existindo por isso qualquer caso Q-6 dentro desta categoria. Nos casos Q-4 verificou-se um predomínio da categoria “empregado” relativamente à categoria “desempregado”, ao passo que nos casos Q-6 se verificou o contrário (*vide* Figura 16). No entanto, a maioria dos inquiridos que cumpriram os critérios propostos para este estudo encontravam-se reformados ou, em menor quantidade, eram domésticas. A variável Q-6 chega a estar representada em 27,5% dos reformados. Neste sentido, esta relação revela ter superioridade estatística considerável ( $p < 0,001$ ).

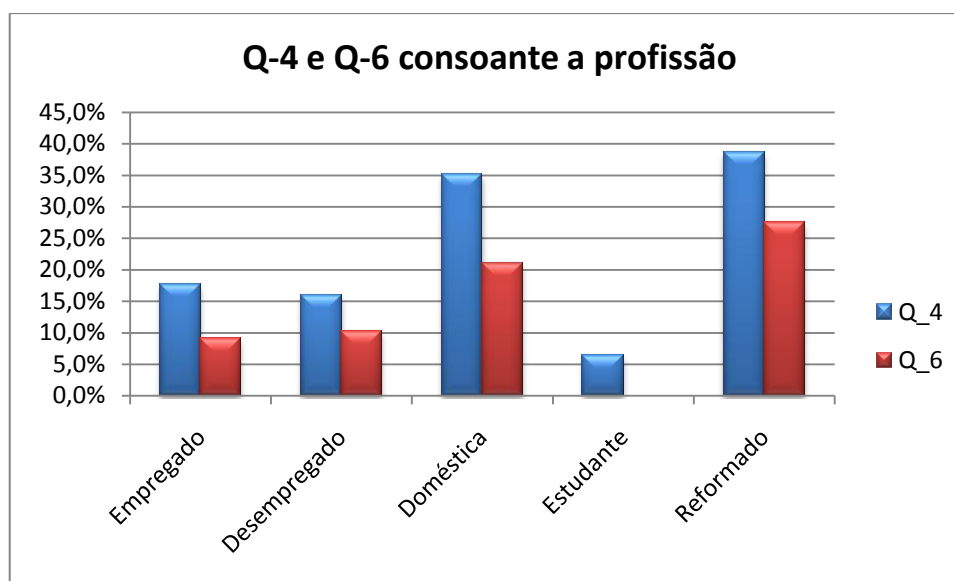


Figura 16 - Proporção de Q-4 e Q-6 relativamente à profissão dos utentes.

#### *Crítérios de Dor e Fadiga - Análise Multivariável*

Para Q-4, o modelo mais ajustado integrou as variáveis sexo, idade, estado civil e residência, sendo que as variáveis nível educacional e profissão perderam o significado estatístico. Este modelo ajustou-se aos dados, tal como verificado pelo teste Omnibus e Hosmer-Lemeshow. Do mesmo modo, a significância das referidas variáveis retidas neste modelo foi confirmada pelo teste de Wald, com  $p < 0,005$  para o sexo e idade e com  $p < 0,05$  para residência e estado civil.

Contudo, este modelo não apresentou poder discriminante de acordo com a AUC (Area Under the Curve) na curva ROC (Receiver Operating Characteristic) com 28% e  $p < 0,001$ .

No caso de Q-6, o modelo mais ajustado integrou apenas as variáveis sexo e idade, perdendo as restantes o significado estatístico. Também pelo teste Omnibus e Hosmer-Lemeshow se verificou o ajuste aos dados deste modelo. A significância do sexo e idade foi comprovada pelo teste de Wald, com  $p < 0,005$ .

O poder discriminante deste modelo foi aceitável de acordo com a AUC na curva ROC (72,3%, com  $p < 0,001$ ).

*Estimativa de Prevalência*

Depois do tratamento e análise de todos os dados ponderou-se o cálculo de FM relativamente a todas as variáveis, tendo ou não manifestado significância estatística na relação com Q-4 e Q-6. No total da amostra, a prevalência de FM calculada para Q-4 foi de 7,71% (IC 95%: 5,85 a 9,58), ao passo que em relação a Q-6 foi de 6,16% (IC 95%: 4,74 a 7,84). A tabela 1 regista os valores de FM estimados para os sexos masculino e feminino e, como era previsto, as mulheres revelam uma prevalência maior tanto na estimativa a partir de Q-4 como de Q-6.

*Tabela 1 - Estimativa de prevalência de fibromialgia relativa ao sexo.*

	Estimativa de Prevalência	
	%	IC 95%
<b>Q-4</b>		
Masculino	5,86	2,81 - 8,91
Feminino	8,49	6,18 - 10,81
Total	7,71	5,85 - 9,58
<b>Q-6</b>		
Masculino	4,43	1,76 - 7,09
Feminino	6,88	4,77 - 8,98
Total	6,16	4,74 - 7,84

No que concerne à idade, tanto em Q-4 como em Q-6, observou-se um aumento gradual de FM com o envelhecimento, ultrapassando os 10% acima dos 69 anos (*vide* Figura 17). Entre os 18 e os 88 anos a prevalência calculada em relação a Q-4 possui sempre valores acima da prevalência em relação a Q-6. Este comportamento altera-se apenas acima dos 89 anos.

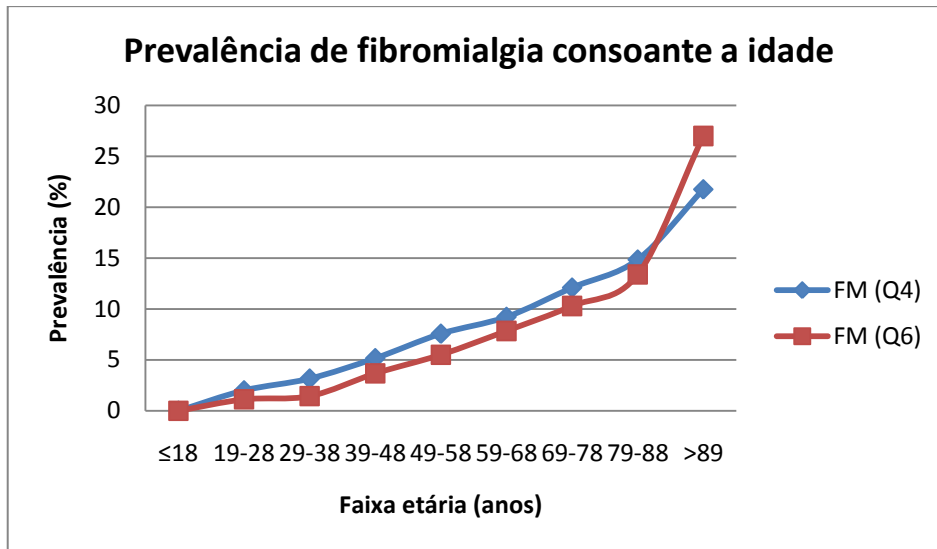


Figura 17 - Estimativa de prevalência de fibromialgia relativa à idade.

A tabela 2 sumaria as estimativas de prevalência de fibromialgia relativamente às variáveis sociodemográficas estudadas nesta investigação.

Tabela 2 -Estimativa de prevalência de fibromialgia consoante Q-4 ou Q-6 relativa a variáveis sociodemográficas.

	Estimativa de Prevalência (Q-4)		Estimativa de Prevalência (Q-6)	
	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	3,51	0,16 - 6,86	3,09	-0,06 - 6,24
Casado	7,19	4,98 - 9,40	5,54	3,59 - 7,50
Viúvo	15,11	7,94 - 22,27	12,74	6,07 - 19,41
Divorciado	9,08	0,95 - 17,20	6,77	-0,34 - 13,87
<b>Residência</b>				
Aldeia	10,24	5,64 - 14,83	7,78	3,71 - 11,84
Vila	8,44	5,29 - 11,59	6,41	3,63 - 9,18
Cidade	6,18	3,54 - 8,82	5,08	2,67 - 7,48
<b>Nível Educacional</b>				
Ens. Básico	10,49	7,31 - 13,68	8,71	5,78 - 11,64
3º Ciclo	4,96	1,03 - 8,89	3,71	0,28 - 7,13
Ens. Secund.	4,41	1,39 - 7,42	3,02	0,51 - 5,54
Ens. Superior	4,15	-0,12 - 8,41	1,73	-1,06 - 4,51
<b>Profissão</b>				
Empregado	5,13	2,53 - 7,73	3,24	1,55 - 5,33
Desempregado	4,61	0,64 - 8,58	3,71	0,13 - 7,29
Doméstica	10,18	2,33 - 18,03	7,59	0,72 - 14,47
Estudante	1,89	-2,90 - 6,67	0,00	0,00 - 0,00
Reformado	11,22	7,73 - 14,72	9,90	6,59 - 13,21

---

## **DISCUSSÃO**

## Discussão

Nesta amostra de utentes de cuidados de saúde primários a prevalência estimada de fibromialgia foi significativa (4,74%-9,58%).

Nos últimos 20 anos, a FM passou a constituir umas das principais causas de referência a consultas de reumatologia, tanto na sua forma primária como acompanhando outras doenças reumáticas.<sup>6</sup> Os primeiros registos de prevalência de FM surgem de estudos em clínicas de medicina geral e familiar ou departamentos de reumatologia na década de 1980.<sup>14</sup> Na actualidade, existe já um número de estudos epidemiológicos considerável mas, ainda assim, escasso para um conhecimento real da sua prevalência mundial e também em Portugal e, consequente consciencialização acerca da sua importância na saúde pública de um país.

A metodologia empregue consiste, na maioria das vezes, num questionário que avalia a presença de sintomas de FM baseando-se nos critérios do ACR (*vide* anexo 1 e 2) que, por sua vez, têm uma sensibilidade para FM de 88% e especificidade de 81%.<sup>7, 14</sup> No presente estudo, utilizou-se o questionário LFESSQ que mostrou ser de notável utilidade na triagem de doentes com FM em pesquisas populacionais de adultos não hospitalizados. A sensibilidade do conjunto de critérios Q-4 (dor generalizada) e Q-6 (dor generalizada e fadiga) para FM foi descrita de 100% (IC 95%: 90,3 a 100) e 93,5% (IC 95%: 83,8 a 100) respectivamente. Para além disso, este questionário foi capaz de distinguir FM de artrite reumatóide com uma especificidade de 53,3% (IC 95%: 35,4 a 71,2) para Q-4 e 80% (IC 95%: 65,7 a 94,3) para Q-6.<sup>15</sup>

Os resultados deste estudo demonstram a existência de uma considerável percentagem de pessoas com queixas de dor crónica generalizada (26,6%) consistentemente mais proeminente em mulheres e com relação com o avanço da idade, a viuvez e a residência em aldeia. De facto, vários estudos têm comprovado a elevada prevalência de dor crónica na população geral. Lars Cöster et al<sup>16</sup> referem valores que rondam os 53,7% relativo a dor com duração superior a três meses, independentemente da intensidade. Para além disso, se quisermos especificar ainda mais o sintoma e falar de dor crónica generalizada (DCG), os conhecimentos actuais referem uma taxa de incidência anual de 1%<sup>14</sup> com predominância no sexo feminino<sup>14, 16-19</sup> e na meia-idade (50-64 anos)<sup>16</sup>, onde aproximadamente 20% das pessoas preenchem os critérios do ACR de diagnóstico de FM<sup>19</sup>. É de destacar a prevalência de critérios Q-4 no sexo masculino (20,2%) superior à relatada na investigação de Toda K. de 17,3%.<sup>17</sup>

No que se refere aos resultados sociodemográficos, existem estudos que estabelecem uma associação entre o baixo nível educacional e a ausência de actividade laboral com a presença de DCG.<sup>19</sup> Na presente investigação, em Q-4 apenas as variáveis relativas ao sexo e à idade manifestaram significância estatística, sendo que para as restantes variáveis o modelo resultante não é adequado face ao seu baixo poder discriminante (não tem sensibilidade para detectar as pessoas com critérios sugestivos de FM). Isto sugere que é correcta a hipótese de

que as variáveis residência, estado civil, profissão e nível educacional não são preditores independentes de FM, serão sim correlacionadas com o sexo e idade. Por outro lado tal poderá ser resultante de uma dimensão insuficiente da amostra para detectar de forma adequada essas associações, ou seja, resultar de um erro tipo II.

Relativamente ao critério de fadiga, este constitui um dos principais sintomas de FM e há inclusivamente quem defenda que os pontos dolorosos estão relacionados não só com dor mas também com fadiga e perturbações do sono.<sup>2, 18</sup> Na amostra deste estudo verificou-se uma maior percentagem de utentes que seleccionaram positivamente as duas questões relativas ao critério de fadiga (38,3%) em comparação com a proporção de utentes com queixas de dor (26,6%).

Contudo, a FM é uma síndrome onde a dor crónica generalizada e a fadiga são indissociáveis.<sup>8</sup> As pessoas que relatam mialgias têm o triplo da probabilidade de virem a apresentar sintomas de fadiga do que os que não o fazem.<sup>18</sup> Neste sentido, numa investigação epidemiológica, o método mais adequado de averiguar a presença de FM é aquele que combina simultaneamente os vários critérios de diagnóstico, que no presente estudo, é representado por Q-6. Por esta razão o VPP aplicado era mais elevado para Q-6 do que para Q-4. Seguindo a mesma linha de raciocínio, à medida que se aumenta o número de critérios a preencher para diagnosticar determinada patologia, diminui-se a probabilidade de encontrar casos que correspondam às referidas exigências. Foi o que aconteceu com Q-6 comparativamente a Q-4, identificado em apenas 17,1% do total de inquiridos mas, ainda assim, em valor muito mais elevado que o verificado no estudo realizado em Portugal (9,8%), no ano de 2009, com a aplicação do mesmo questionário LFESSQ.<sup>7</sup> Neste critério mais rigoroso para estimativa de FM apenas as variáveis sexo e idade mantiveram significado estatístico na análise multivariável.

A prevalência FM foi determinada em diversas populações, maioritariamente em países desenvolvidos, tendo sido estimados valores que variam entre 0,66% e 10,5%.<sup>4, 20-21</sup> Considerando os critérios do ACR, a prevalência de FM na população geral foi estimada de 2,4% nos EUA<sup>19</sup> e de 5,5% no Brasil<sup>20</sup>, ao passo que na Suécia se revelou de apenas 1%.<sup>18</sup> Branco JC et al<sup>7</sup> aplicando o mesmo questionário utilizado no presente estudo, obteve uma prevalência máxima de 6,6% (Q-4) e 3,7% (Q-6) relativa a Itália e 3,7% (Q-4) e 3,6% (Q-6) relativa a Portugal. Contudo, todos estes resultados se apresentam inferiores aos obtidos no presente estudo, em que a prevalência estimada de FM foi de 7,71% e 6,16%, consoante Q-4 e Q-6 respectivamente. Estas diferenças podem ser devidas, principalmente, a desigualdades metodológicas entre os diversos estudos, como o tipo de amostragem que neste caso foi por conveniência. Outro exemplo é a população estudada, em que nas pesquisas citadas corresponde à população geral e neste estudo à população de utentes do CS. É de esperar que os doentes com sintomas de dor e fadiga crónica, ou mesmo com FM, recorram mais ao médico que a população geral, logo, maior prevalência seria de esperar.

Idealmente, os utentes que cumpriam os critérios Q-4 e Q-6 no nosso estudo deveriam ter sido avaliados por um médico reumatologista para confirmar ou excluir a presença de FM, assim como alguns utentes sem critérios de forma a testar a sensibilidade da pesquisa. No entanto, tal não foi possível, e partiu-se do pressuposto que o VPP para este questionário na população de Branco JC et al<sup>7</sup> seria similar ao que iríamos encontrar na nossa população. Tal inferência pode ser questionável e constituir uma fonte de diversos enviesamentos. Primeiro porque as populações consideradas diferem na representatividade e na região do país, modificando-se as formas de expressão e interpretação de dor e outros sintomas, o que poderá explicar as diferenças encontradas. Segundo porque o VPP considerado foi calculado a partir de uma amostra de doentes de reumatologia, que por si só já constituem uma população específica com sintomas de dor e fadiga mais intensos. Para além disso, dado que os critérios ACR não diferenciam entre casos moderados ou severos de FM, este tipo de estudos populacionais revelam uma taxa de prevalência significativamente mais elevada por inclusão de maior número de casos moderados de FM.<sup>14, 16</sup>

Em relação à influência do género, a proporção de mulheres que preenchem os critérios de FM foi mais elevada que a proporção masculina, quer considerando a estimativa em relação a Q-4, quer em relação a Q-6. Este facto é talvez o que revela maior concordância em todos os estudos realizados acerca da prevalência de FM, contudo, a explicação para a presença deste rácio entre géneros não é tão clara ou consensual.<sup>7, 16-17, 20-24</sup> Há também que ter em conta que o reduzido número de inquiridos do sexo masculino neste estudo (29%) pode diminuir a precisão da estimativa de prevalência. No estudo de Branco JC et al<sup>7</sup> a percentagem de homens na população geral de Portugal foi de 49%, sendo a dos restantes países também semelhante.

De acordo com as evidências científicas verificou-se que a FM afecta predominantemente homens e mulheres na meia-idade e a prevalência parece aumentar à medida que a idade avança. Por outro lado, independentemente do critério considerado (dor ou dor+fadiga) a FM é incomum em adultos com idades abaixo dos 25 anos. A mesma relação é confirmada em diversos estudos, com a diferença de que a maioria não identifica um aumento contínuo mas sim dois picos de maior prevalência, aos 45-64 anos e aos 75-85 anos.<sup>7, 16-17, 19-23, 25</sup> No entanto, o envelhecimento está associado com diversas co-morbilidades (i.e. osteoartrose, hipotireoidismo, DCV) que podem resultar em dor generalizada e/ou fadiga e, portanto, é provável que a prevalência de FM na terceira idade seja sobrestimada.<sup>7-8</sup>

Vários estudos se têm debruçado sobre a possibilidade de os aspectos socioculturais constituírem factores de risco para o desenvolvimento de síndromes de dor. No caso de Branco JC et al<sup>7</sup> a eventualidade de se ter FM não parece estar relacionada com variáveis sociodemográficas que não sejam o género ou a idade. O que não está de acordo com os resultados de um considerável número de estudos que detectaram importantes diferenças socioculturais entre doentes e controlos, nomeadamente, uma marcada relação inversa entre

o nível de educação e o desenvolvimento de FM e DCG<sup>19-20, 22-23</sup>. De modo semelhante baixos rendimentos, estado civil de divorciado, condição de imigrante, habitação em áreas socialmente comprometidas e desemprego parecem estar associadas com a prevalência de FM.<sup>17, 19-20, 22-23</sup> Os resultados deste estudo corroboram algumas destas associações identificando-se apenas forte prevalência de FM em utentes residentes em meio rural e com o estado civil de viúvos que cumprem os critérios Q-4. Em relação, aos critérios Q-6 nenhuma variável demográfica além do sexo e idade manifestou ser preditiva de FM.

A dor músculo-esquelética crónica difusa e a fadiga são, de facto, os dois sintomas mais característicos de FM. No entanto, a FM é uma síndrome reumática com muitos outros sintomas que fazem diagnóstico diferencial com outras patologias, e que não puderam ser avaliados nesta pesquisa, como factores psicológicos (depressão ou ansiedade)<sup>7, 19, 21, 23</sup>, distúrbios do sono e rigidez matinal.<sup>20</sup> Dedhia JD et al<sup>2</sup> referem que a FM co-existe em 25% dos pacientes com artrite reumatóide, 30% com LES, e 50% com Síndrome de Sjogren.

Como qualquer estudo, esta pesquisa está inerente a determinadas limitações. Relativamente ao tamanho da amostra, considerando uma população total (N) de 24994 utentes que recorreram ao CS e extensões no período de realização dos questionários, pode-se considerar que n=785 não é um valor elevado mas tem capacidade de ser representativo da população. Contudo, o enviesamento começa desde logo pela selecção da amostra por conveniência que predispõe à fácil ocorrência de falsos positivos. Os(as) administrativos(as) afirmaram, por um lado, seleccionar os primeiros utentes do dia (menor fonte de viés) ou, por outro, seleccionar aqueles que lhes pareciam ser portadores de FM ou aqueles que seriam mais acessíveis e com menor probabilidade de recusa de preenchimento do questionário (maior fonte de viés). Não obstante, é provável que os utentes com FM possam ter participado mais facilmente do que os utentes sem os sintomas considerados. Além disso, apesar da amostra deste estudo ter um maior número de inquiridos (n=785) comparativamente à da pesquisa de Branco JC et al<sup>7</sup> (n=500 em Portugal) com a qual se estabeleceram as principais comparações, quantidade não é sinónimo de representatividade. A diferença é que na pesquisa de Branco JC et al<sup>7</sup> se aplicou o questionário a uma amostra probabilística representativa da população estudada, o que não aconteceu no presente estudo. De outro modo, a metodologia de recolha de dados através de questionário não foi uniforme ao longo de todas as extensões, não podendo ser controlada. Uma forma de contornar esta questão seria realizar o preenchimento dos questionários com entrevistadores que aplicassem uma prática idêntica em todas as entrevistas. Existem assim limitações potenciais à representatividade da amostra de utentes do CS.

Por outro lado, em termos de proporção masculino/feminino, o presente estudo possui uma amostra com 71% de representantes do sexo feminino. Sendo que a população do concelho da Covilhã contém 54505 habitantes em que 51,87% são mulheres, pode-se inferir que a nossa

amostra não é representativa da população geral mas poderá ser representativa da população de utentes do CS.<sup>26</sup> Infelizmente não houve a possibilidade de acesso a este dado.

A FM entende-se como uma patologia que partilha muitos sinais e sintomas com outras causas de dor crónica músculo-esquelética.<sup>16, 25</sup> É, inclusivamente, considerada por alguns um diagnóstico de exclusão, de modo que, muitos dos inquiridos que preencheram os critérios Q-4 e Q-6 poderão não ser casos de FM mas contribuirão para sobrestimar a prevalência obtida.

Outra das limitações deste estudo, igual à dos demais, está na impossibilidade de contabilização de falsos negativos e falsos positivos, ainda que a sensibilidade e especificidade do questionário aplicado sejam elevadas, como já foi referido anteriormente.

Se a contabilização dos casos verdadeiros positivos e verdadeiros negativos por um reumatologista tivesse ocorrido, os resultados seriam mais credíveis. Neste sentido, a aplicação de outra metodologia irá certamente influenciar a interpretação de questões-chave (dor, cronicidade, fadiga) e contribuir para a obtenção de resultados epidemiológicos mais aproximados da realidade.

Apesar das limitações citadas, este estudo fornece informações relevantes acerca da FM no concelho da Covilhã. De facto, comparativamente ao conhecimento já existente, verificou-se um elevado nível de concordância em relação à dependência entre os factores sexo feminino e idade avançada e o critério mais adequado de diagnóstico de FM (Q-6).

É de realçar que este estudo foi realizado no âmbito dos CS e a elevada prevalência encontrada sugere a possibilidade de o impacto da FM nos cuidados de saúde primários ser bastante superior à prevalência na população geral. Este é talvez o ponto mais importante desta investigação, principalmente pelas implicações que pode ter para com a gestão de cuidados nos CS, a formação médica e de enfermagem e a informação do utente.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

## Bibliografia

1. Howard S. Smith RH, Daniel Clauw. Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome. *Pain Physician*. 2011;14(2):217-45.
2. Dedhia JD, Bone ME. Pain and fibromyalgia. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2009 October 1, 2009;9(5):162-6.
3. Bengtsson A. The muscle in fibromyalgia. *Rheumatology*. 2002 July 1, 2002;41(7):721-4.
4. Al-Allaf AW, Dunbar KL, Hallum NS, Nosratzadeh B, Templeton KD, Pullar T. A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology*. 2002 April 1, 2002;41(4):450-3.
5. Direcção Geral da Saúde. Circular Informativa nº 27/2003 - Fibromialgia [database on the Internet]. Portugal. [cited Maio 2011]. Available from: <http://www.myos.pt/downloads/circular03DGS.pdf>.
6. Bennett R, Jones J, Turk D, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2007;8(1):27.
7. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, 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.
8. WILKE WS. New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Say goodbye to tender points? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2009 June 1, 2009;76(6):345-52.
9. Howard S.S. RH, Daniel C. Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome. *Pain Physician*. 2011;14:E217-E45.
10. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. 2010;62(5):600-10.
11. Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 12/2004 - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas [database on the Internet]. Portugal. [cited Maio 2011]. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>.
12. Costa ÂA. Fibromialgia - Conhecimentos, percepções e práticas clínicas dos médicos de Medicina Geral e Familiar [Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2010.
13. Hazemeijer I, Rasker JJ. The fibromyalgia problem. A Latin American point of view: reply. *Rheumatology*. 2004 October 1, 2004;43(10):1313-4.
14. Forseth KO, Gran JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 yr. *Rheumatology*. 1997 December 1, 1997;36(12):1318-23.
15. White KP SM, Harth M, Ostbye T. Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *J Rheumatol*. 1999;26:880-4.

16. Cöster L, Kendall S, Gerdle B, Henriksson C, Henriksson KG, Bengtsson A. Chronic widespread musculoskeletal pain - A comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *European Journal of Pain*. 2008;12(5):600-10.
17. Toda K. The prevalence of fibromyalgia in Japanese workers. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2007;36(2):140-4.
18. Wessely S, Hotopf M. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 1999;13(3):427-36.
19. Gansky SA, Plesh O. Widespread pain and fibromyalgia in a biracial cohort of young women. *The Journal of Rheumatology*. 2007 April 1, 2007;34(4):810-7.
20. Barsante Santos AM, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Pasqual Marques A, Pereira RMR. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas*. 2010;67(3):251-5.
21. Sauer K, Kemper C, Glaeske G. Fibromyalgia syndrome: Prevalence, pharmacological and non-pharmacological interventions in outpatient health care. An analysis of statutory health insurance data. *Joint Bone Spine*. 2011;78(1):80-4.
22. Senna ER, De Barros ALP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *The Journal of Rheumatology*. 2004 March 1, 2004;31(3):594-7.
23. Gran JT. The epidemiology of chronic generalised musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2003;17(4):547-61.
24. Akkuş S, Delibaş N, Tamer MN. Do sex hormones play a role in fibromyalgia? *Rheumatology*. 2000 October 1, 2000;39(10):1161-3.
25. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère J-P, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: A prevalence study. *Joint Bone Spine*. 2009;76(2):184-7.
26. Instituto Nacional de Estatística - Censos 2001 [database on the Internet]. Portugal. [cited Dezembro 2010]. Available from: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001).

---

## **ANEXOS**

## **Anexo 1.**

Critérios para a classificação de fibromialgia do American College of Rheumatology (ACR), de 1990

---

***Critérios para a classificação da fibromialgia do American College of Rheumatology (ACR), 1990\*:***

---

**1. Antecedentes de dor generalizada:**

Definição: A dor é considerada generalizada quando se verificam todas as seguintes condições: dor do lado esquerdo e dor do lado direito do corpo, dor acima da cintura, dor abaixo da cintura e dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior ou coluna dorsal ou coluna lombar).

A dor generalizada deve estar presente há, pelo menos, três meses.

---

**2. Dor em 11 de 18 pontos, detectada por palpação digital\*\*:**

Definição: A dor, à palpação digital, deve estar presente em pelo menos 11 dos 18 seguintes pontos bilaterais e simétricos:

Occipital: bilateral, nas inserções do músculo suboccipital

Cervical inferior: bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 a C7

Trapézio: bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo

Supra-espinhoso: bilateral, na origem do músculo acima da espinha da omoplata próximo do bordo interno

Segunda costela: bilateral, na junção costochondral da 2ª costela, mesmo ao lado das junções das superfícies superiores

Epicôndilo: bilateral, 2 cm externamente ao epicôndilo

Zona glútea: bilateral, no quadrante superior-externo da nádega no folheto anterior do músculo

Grande trocânter: bilateral, posterior à proeminência trocantérica

Joelho: bilateral, na almofada adiposa interna, acima da entrelinha articular

\*\* A palpação digital deve fazer-se exercendo uma força de 4 kg aproximadamente. Para que um ponto doloroso seja considerado positivo, o doente deve referir que a palpação foi “dolorosa”; uma resposta de “sensível” não deve ser considerada dolorosa.

\* Para os fins de classificação, dir-se-á que os doentes têm fibromialgia quando ambos os conjuntos de critérios são satisfeitos. A presença de uma outra afecção clínica não exclui a possibilidade de diagnóstico de fibromialgia.

---

Adaptado de Wolfe et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee.

## **Anexo 2.**

Critérios preliminares para o diagnóstico de fibromialgia do American College of Rheumatology (ACR), de 2010

---

**Critérios preliminares para o diagnóstico de fibromialgia do American College of Rheumatology (ACR), de 2010**

---

**Critérios**

Um paciente satisfaz os critérios de diagnóstico de Fibromialgia se as 3 condições seguintes se verificarem:

- 1) Índice de dor generalizada (WPI) = 7 e Escala de severidade dos sintomas (SS) = 5 ou WPI 3-6 e SS = 9.
- 2) Os sintomas devem estar presentes em nível semelhante há, pelo menos, 3 meses.
- 3) O paciente não apresenta uma doença que explique a dor.

---

**Determinação:**

1) WPI: Anote o número de áreas nas quais o paciente teve dor na última semana. Em quantas áreas o paciente teve dor? (Pontuação de 0 a 19)

Cintura escapular, anca esquerda (nádega, trocanter), maxilar esquerdo, parte superior-esquerda das costas

Cintura escapular, anca direita (nádega, trocanter), maxilar direito, parte superior-direita das costas

Parte superior do braço esquerdo, parte superior da perna esquerda, peito e pescoço

Parte superior do braço direito, parte superior da perna direita, abdómen

Antebraço esquerdo, parte inferior da perna esquerda

Antebraço direito, parte inferior da perna direita

2) Pontuação da SS:

- Fadiga
- Sono não reparador
- Sintomas cognitivos

Para cada um dos 3 sintomas citados acima, indique o nível de gravidade durante a última semana, usando a seguinte escala:

0 - sem problemas

1 - problemas leves ou intermitentes

2 - problemas moderados, habitualmente presentes e/ou num nível moderado

3 - problemas graves: extensos, contínuos, perturbando as actividades de vida diárias

Considerando os sintomas somáticos\* em geral, indique se o paciente possui:

0 - nenhum sintoma

1 - poucos sintomas

2 - moderado número de sintomas

3 - grande número de sintomas

A cotação da escala SS corresponde à soma da gravidade de 3 sintomas (fadiga, sono não reparador, sintomas cognitivos) e a extensão (gravidade) dos sintomas somáticos em geral. A pontuação final será entre 0 e 12.

\*Sintomas somáticos a considerar:

Dor muscular, síndrome do intestino irritável, fadiga/cansaço, pensar e lembrar os problemas, fraqueza muscular, cefaleias, dores/cólicas abdominais, parestesias, vertigens, insónia, depressão, obstipação, dor abdominal alta, náuseas, nervosismo, dor torácica, visão turva, febre, diarreia, boca seca, prurido, fenómeno de Raynaud, zumbido nos ouvidos, vômitos, azia, úlceras orais, perda/alterações no gosto, convulsões, olhos secos, faltas de ar, anorexia, erupções cutâneas, sensibilidade solar, dificuldades de audição, equimoses fáceis, alopecia, polaquiúria, disúria, espasmos vesicais.

---

Adaptado de Wolfe et al. (2010) The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria a and measurement of symptom severity.

**Anexo 3.**

Questionário

Local \_\_\_\_

Nº \_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO - Será que tenho Fibromialgia?**

Muitas pessoas têm dores no corpo e outras queixas de saúde por sofrerem de Fibromialgia. É comum que as pessoas não saibam que têm este problema de saúde. Este questionário vai ajudar a descobrir quem poderá ter fibromialgia. Pedimos a sua colaboração preenchendo o questionário de forma anónima e confidencial. Os resultados serão usados num estudo científico. Só o seu médico poderá fazer o diagnóstico final de fibromialgia. DEVOLVA APÓS PREENCHER - MUITO OBRIGADO!

**Sexo:** Masculino \_\_ Feminino \_\_ **Idade:** \_\_\_\_ anos

**Estado Civil:** Solteiro \_\_ Casado/União de Facto \_\_ Viúvo \_\_ Divorciado \_\_

**Residência:** Aldeia \_\_ Vila \_\_ Cidade \_\_  
Qual? \_\_\_\_\_

**Nível Educacional:** Ensino Básico \_\_ 3º ciclo \_\_ Ensino Secundário \_\_  
Bacharelado \_\_ Licenciatura \_\_ Mestrado \_\_  
Doutoramento \_\_ Outro \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_  
Desempregado \_\_ Doméstica: \_\_ Estudante: \_\_ Reformado: \_\_

**Nos últimos 3 meses:**

7. Teve dor nos músculos, ossos ou articulações com duração de, pelo menos, 1 semana?  
Sim \_\_ Não \_\_
8. Teve dor nos ombros, braços ou mãos?  
Sim \_\_ Não \_\_  
De que lado? Direito \_\_ Esquerdo \_\_ Ambos \_\_
9. Teve dor nas pernas ou pés?  
Sim \_\_ Não \_\_  
De que lado? Direito \_\_ Esquerdo \_\_ Ambos \_\_
10. Teve dor no pescoço, peito ou costas?  
Sim \_\_ Não \_\_
11. Sentiu-se com frequência cansado ou fatigado?  
Sim \_\_ Não \_\_
12. O cansaço ou fadiga limitam as suas actividades de forma significativa?  
Sim \_\_ Não \_\_

