

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Universidade da Beira Interior**



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
Covilhã | Portugal

## **Fibromialgia -**

# **Conhecimentos, percepções e práticas clínicas dos médicos de Medicina Geral e Familiar**

Ângela Almeida e Costa

---

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina  
Junho 2010

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Universidade da Beira Interior**



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
Covilhã | Portugal

**Fibromialgia -**  
**Conhecimentos, percepções e práticas clínicas**  
**dos médicos de Medicina Geral e Familiar**

Realizada por:

Ângela Almeida e Costa

Orientada por:

Doutor Luís Sousa Inês

---

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina  
Junho 2011

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação do Doutor Luís Sousa Inês, professor associado convidado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, na Covilhã.

*Aos meus pais, pelo apoio incondicional.*

## Agradecimentos

Apesar deste trabalho ser o culminar de um processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, com seis anos de duração, tal não seria possível sem o apoio e colaboração de algumas pessoas, a quem devo reconhecimento.

Assim, gostaria de expressar, em primeiro lugar, o meu reconhecimento ao Doutor Luís Sousa Inês, por ter aceite o meu convite para orientação do presente trabalho, e ter demonstrado desde logo inteira disponibilidade e interesse. Pelo estímulo, confiança demonstrada e sábia transmissão de conhecimentos.

À Doutora Cátia Duarte, pela sua contribuição na área da estatística, disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, bem como pela partilha de conhecimentos.

Um agradecimento aos directores dos centros de saúde envolvidos no estudo, por terem aprovado a distribuição dos inquéritos, indispensáveis à realização deste estudo. E em particular aos que facilitaram a sua distribuição/recolha, o Dr. José Carlos Almeida, Dra. Isabel Coelho, Dra. Helena Sousa Gomes, Dr. António Jorge Lopes, Dra. Celina Pires, Dr. José Borga e Sra. Isabel Santinho.

Aos 55 médicos que responderam ao questionário, sem os quais esta experiência não teria sido possível. Aos quais desejo muito sucesso a nível profissional e pessoal.

Um agradecimento muito especial à minha família e amigos, que muitas vezes foram privados da minha presença e dedicação, mas que jamais me deixaram de apoiar.

A todos os que cruzaram o meu caminho e com os quais, de forma directa ou indirecta, pude aprender algo mais.

*O meu muito obrigado!*

## Resumo

**Introdução:** A Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crónica, definida pela presença de dor generalizada e hipersensibilidade em pontos anatomicamente determinados. Associa-se frequentemente a fadiga, cefaleias, sono não reparador, perturbações cognitivas e alterações do humor. Estima-se que afecte 3,6% da população adulta portuguesa e discute-se a actual preparação dos clínicos gerais na sua orientação. Pretende-se com este estudo caracterizar percepções, conhecimentos e práticas clínicas dos médicos de medicina geral e familiar em relação a esta síndrome, e estimar a sua incidência nos cuidados de saúde primários.

**Métodos:** De Janeiro a Maio de 2010, foram distribuídos 116 questionários a clínicos gerais, com 24 questões, que solicitavam dados demográficos e profissionais; percepções sobre a natureza e definição da FM; conhecimentos sobre critérios de diagnóstico, prognóstico, manifestações clínicas e eficácia de fármacos; práticas diagnósticas e terapêuticas utilizadas e comportamentos de referenciação.

**Resultados:** 55 questionários foram devolvidos e 51 validados para análise. Estimou-se uma incidência de fibromialgia de 0,14%. Todos os médicos reconheceram-na como entidade nosológica, 78,4% definiu-a como síndrome e 58,8% atribuiu-lhe natureza psicossomática. Cerca de 80% dos inquiridos refere conhecer os critérios ACR e a localização dos pontos dolorosos, e aproximadamente metade diz aplicá-los na clínica. A dor à digito-pressão de 18 pontos, foi a manifestação avaliada como mais sugestiva de fibromialgia ( $p < 0.001$ ). Apenas 11,8% dos médicos aplica sistematicamente a escala visual da dor. São requisitados uma média de 11 exames face a uma hipótese de fibromialgia, sendo os mais solicitados o doseamento da VS/PCR (94,1%), factores

reumatóides (90,2%) e hemograma (84,3%). A maioria dos médicos referencia  $\geq 25\%$  dos pacientes para diagnóstico e  $< 25\%$  dos doentes para tratamento, sendo a reumatologia o principal destino. Praticamente todos (98%) consideram que o tratamento deve ser multimodal. Os opiáceos fortes, relaxantes musculares, ciclobenzaprina, amitriptilina, fluoxetina, duloxetina e pregabalina foram os fármacos considerados mais eficazes. A menor eficácia ( $p < 0.05$ ) foi atribuída aos corticosteróides. O paracetamol e a educação do paciente são duas das medidas terapêuticas mais utilizadas. O milnaciprano, corticosteróides, ciclobenzaprina e opióides, são os medicamentos menos receitados ( $p < 0.05$ ).

**Conclusões:** Verificaram-se bons conhecimentos na definição de fibromialgia, critérios de diagnóstico e razoáveis práticas de prescrição terapêutica. Registaram-se algumas lacunas a nível do prognóstico da fibromialgia e eficácia de alguns fármacos. Verificou-se um sub-diagnóstico desta síndrome, uma excessiva requisição de exames complementares e de referenciação para confirmação diagnóstica, que pode reflectir eventuais inseguranças diagnósticas. Admite-se a necessidade de programas de formação.

### **Palavras chave**

Fibromialgia, Cuidados de Saúde Primários, Medicina Geral e Familiar, práticas clínicas, conhecimentos, percepções, diagnóstico, tratamento.

## Lista de abreviaturas

ACR	American College of Rheumatology
AINE's	Anti-inflamatórios não esteróides
AR	Artrite Reumatóide
APS	American Pain Society
CS	Centro de Saúde
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
EULAR	European League Against Rheumatism
FDA	Food and Drug Administration
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FM	Fibromialgia
FR	Factores Reumatóides
LES	Lúpus eritematoso sistémico
MF	Medidas farmacológicas
MNF	Medidas não farmacológicas
MGF	Medicina Geral e Familiar
PD	Pontos dolorosos
RM	Ressonância magnética
SNRI's	Inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Síndrome de Sjogren
SSF	Síndromas Somáticas Funcionais
SSRI's	Inibidores selectivos da recaptção da serotonina
TAC	Tomografia axial computadorizada
USF	Unidade de Saúde Familiar

# Índice de ilustrações

## Índice de tabelas

<b>TABELA 1</b> – COMPARAÇÃO DE DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA DO PRESENTE ESTUDO COM O TOTAL DA POPULAÇÃO DE MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR-----	10
<b>TABELA 2</b> - CLASSIFICAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS QUANTO AO GRAU DE SUGESTIVIDADE DE FM -----	14
<b>TABELA 3</b> - CLASSIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS QUANTO AO GRAU DE EFICÁCIA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS DE FM-----	17
<b>TABELA 4</b> - PROGNÓSTICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA DA FM-----	20
<b>TABELA 5</b> - EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO SOLICITADOS. -----	21
<b>TABELA 6</b> – GRAU DE PRESCRIÇÃO DE TERAPIAS FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLO DOS SINTOMAS DA FM-----	24
<b>TABELA 7</b> – GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLO DOS SINTOMAS DE FM -----	26
<b>TABELA 8</b> – GRAU DE EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA DAS OPÇÕES FARMACOLÓGICAS-----	35
<b>TABELA 9</b> – GRAU DE EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA DAS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS -----	36

## Índice de gráficos

<b>GRÁFICO 1</b> - % RELATIVA DOS CS ONDE EXERCIAM OS MÉDICOS INCLUÍDOS NA AMOSTRA (N=51) -----	9
<b>GRÁFICO 2</b> – CONCEITO DE FIBROMIALGIA -----	11
<b>GRÁFICO 3</b> - CARACTERIZAÇÃO DO DISTÚRBIO -----	12
<b>GRÁFICO 4</b> – GRAU DE CONHECIMENTO DOS CRITÉRIOS DE ACR (1990) E SUA UTILIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA-----	13
<b>GRÁFICO 5</b> – QUATRO MANIFESTAÇÕES MAIS COTADAS COMO EXTREMAMENTE SUGESTIVAS DE FM---	15
<b>GRÁFICO 6</b> – QUATRO MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COTADAS COMO NÃO SUGESTIVAS DE FM-----	15
<b>GRÁFICO 7</b> – PROPORÇÃO DE MÉDICOS (N=51) QUE ATRIBUÍRAM UMA EFICÁCIA RAZOÁVEL OU BOA A MUITO BOA AOS DIFERENTES FÁRMACOS USADOS NA FM-----	18
<b>GRÁFICO 8</b> – PROPORÇÃO DE MÉDICOS (N=51) QUE ATRIBUÍRAM UMA EFICÁCIA DE NENHUMA OU FRACA A MUITO FRACA AOS DIFERENTES FÁRMACOS USADOS NA FM -----	19
<b>GRÁFICO 9</b> – ESTIMATIVA DA PROPORÇÃO DOS DOENTES REFERENCIADOS A OUTRAS ESPECIALIDADES--	22
<b>GRÁFICO 10</b> – ESPECIALIDADES ELEGIDAS PELOS MÉDICOS (N=51) PARA DIAGNÓSTICO E/OU MONITORIZAÇÃO/TRATAMENTO -----	23
<b>GRÁFICO 11</b> – PREFERÊNCIAS DOS MÉDICOS (N=23) POR FONTES DE INFORMAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE FM-----	27

# Índice Geral

Declaração .....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Lista de abreviaturas .....	vi
Índice Geral .....	ix
I. Introdução .....	1
i. Objectivos .....	4
II. Métodos.....	5
III. Resultados .....	9
IV. Discussão.....	28
Anexos.....	50

# Introdução

# I. Introdução

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crónica, cuja etiopatogenia ainda não está totalmente esclarecida.<sup>1</sup>

Figura uma das causas mais frequentes de dor crónica músculo-esquelética<sup>2-4</sup>, é diagnosticada em 5-8% das consultas de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e constitui um dos três distúrbios mais referenciados para os reumatologistas.<sup>5</sup> Estima-se que tenha uma prevalência de 2-5% na população adulta europeia, sendo que mais de 90% dos pacientes são mulheres, entre os 30 e 50 anos.<sup>6</sup> Segundo dados de 2009, estima-se que afecte 3,6% da população adulta portuguesa.<sup>7</sup>

Devido aos níveis variáveis de dor e fadiga e à cronicidade da sintomatologia, esta síndrome implica frequentemente uma perturbação nas actividades sociais, vocacionais e avocacionais. Vários estudos indicam inclusive, uma perturbação da qualidade de vida, semelhante à dos doentes com Artrite Reumatóide (AR) e superior à dos que padecem de Osteoartrose.<sup>8,9,10</sup>

A necessidade de uniformização das características clínicas dos pacientes com FM, motivaram alguns autores a desenvolverem critérios de classificação e/ou diagnóstico. Os critérios<sup>1</sup> estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em 1990 constituem os comumente adoptados pelas várias comunidades científicas, inclusive a portuguesa.<sup>11</sup> Estes critérios incluem a presença de dor generalizada crónica (dor, com pelo menos 3 meses de duração, nas metades esquerda e direita 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 (PD) anatomicamente definidos.<sup>1</sup> Apesar destes

critérios serem essenciais para a sua classificação, não é estritamente necessária a presença de 11 PD para estabelecer o diagnóstico clínico.<sup>1,11</sup>

Também é frequente a associação a outros sintomas, nomeadamente distúrbios quantitativos e qualitativos do sono, incluindo sono não reparador, fadiga crónica, distúrbios cognitivos, como seja dificuldades de memória e de concentração, rigidez matinal, parestesias, ansiedade e depressão.<sup>12</sup>

Por várias razões, incluindo a definição recente desta entidade, a subjectividade das queixas clínicas e a ausência de alterações laboratoriais e imagiológicas específicas, a FM ainda é vista com grande cepticismo por alguns médicos.<sup>13,14,15</sup> Este conjunto de factores condiciona grande dificuldade no estabelecimento do seu diagnóstico. Alguns estudos demonstraram ser necessário consultar 3-6 médicos<sup>16</sup> e uma média de 5 anos para diagnosticar correctamente um paciente com FM<sup>17</sup>. Isto acontece porque muitos médicos não estão adequadamente sensibilizados e informados a respeito desta síndrome clínica.<sup>18</sup> Estes dados são motivo de preocupação, dado que impossibilitam intervenções precoces, que demonstraram ter implicações positivas a nível da redução da utilização dos serviços de saúde e custos associados<sup>19</sup>, assim como na tranquilização dos pacientes face à possibilidade de um diagnóstico mais grave, e na melhoria da aceitação<sup>20</sup> e percepção de controlo sob a sua condição.<sup>21</sup>

Segundo as recomendações da Direcção Geral de Saúde (DGS)<sup>11</sup> e vários autores,<sup>22,23,24</sup> a generalidade dos doentes com FM deve ser orientada nos CSP. Tem havido no entanto, algum debate relativamente à preparação actual dos médicos para prestar com qualidade estes serviços. Tendo como comparação o diagnóstico realizado por reumatologistas, Shleyfer et al demonstrou que os clínicos gerais apresentavam uma

sensibilidade média de 87,4% no diagnóstico de FM.<sup>23</sup> Shir and Fitzcharles consideram que os clínicos gerais têm competências clínicas para realizar a orientação destes doentes, e ao contrário dos Reumatologistas, Neurologistas e Psiquiatras, mantêm a continuidade dos cuidados ao longo do tempo.<sup>24</sup> Todavia, Buskila et al. identificou lacunas no conhecimento dos médicos de MGF relativamente aos critérios de diagnóstico da FM, modalidades de tratamento e prognóstico.<sup>25</sup>

Tendo em conta a elevada morbidade e prevalência desta síndrome, a disparidade de resultados na literatura internacional quanto à preparação dos clínicos e o desconhecimento de publicações nacionais nesta área, considerou-se relevante tentar caracterizar percepções, conhecimentos, e práticas clínicas dos médicos de MGF em relação à FM, assim como estimar a incidência desta síndrome nos CSP. Este estudo tem por isso como principal objectivo identificar eventuais lacunas nos conhecimentos e práticas clínicas dos médicos de MGF, e indicar as áreas de formação que merecem mais investimento por parte das organizações de saúde.

## **i. Objectivos**

Relativamente aos médicos de Medicina Geral e Familiar e a Fibromialgia, pretende-se:

- 1) Averiguar quais as percepções sobre a natureza e definição desta síndrome.
- 2) Verificar os conhecimentos sobre os critérios de diagnóstico, manifestações clínicas, prognóstico e eficácia dos fármacos disponíveis.
- 3) Estimar a incidência de FM nos CSP.
- 4) Investigar a aplicação da escala analógica da dor na prática clínica.
- 5) Inquirir quais as práticas diagnósticas e terapêuticas utilizadas.
- 6) Verificar quais os comportamentos de referenciação.
- 7) Identificar eventuais áreas que carecem de formação/actualização de conhecimentos sobre a FM.

# Métodos

## **II. Métodos**

### **i. Tipo de estudo**

Estudo descritivo transversal, utilizando uma amostra de conveniência de 51 médicos, especialistas e internos do complementar de MGF da Unidade de Saúde Familiar (USF) “A Ribeirinha” na Guarda, do Centro de Saúde (CS) de Belmonte, Castelo Branco, Castro Daire, Covilhã, Fundão, Vouzela e Viseu (USF Lusitânia, USF Viseu Cidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Coração de Viseu). O processo de recolha de dados, decorreu no período de Janeiro a Maio de 2010, através de um questionário estruturado para ser auto-respondido anonimamente.

### **ii. Amostra**

No caso do Centro de Saúde de Belmonte, Castelo Branco, Castro Daire, Viseu, Vouzela e USF Ribeirinha (Guarda) foi dado um determinado número de questionários, acordado com o respectivo director, que por sua vez organizou a sua distribuição e recolha. Na Covilhã e Fundão foi feito o contacto pessoal com os médicos, solicitada a colaboração no estudo, e combinada a data e local da recolha do questionário. Os critérios de inclusão foram a prática corrente da profissão e a aceitação voluntária de participação no estudo. Os critérios de exclusão foram a recusa de participação no estudo, o não preenchimento da totalidade dos dados solicitados e no caso, da Covilhã e Fundão, a pratica exclusiva nas extensões e a ausência por férias ou baixa ao trabalho.

Foram então distribuídos 116 questionários no total: 38 em Viseu, 30 em Castelo Branco, 11 na Guarda, 11 na Covilhã, 10 em Vouzela, 9 no Fundão, 4 em Castro Daire e 3 em Belmonte.

### **iii. Questionário**

Foi desenvolvido um questionário com 24 questões agrupadas em 4 grupos, com respostas fechadas e semi-abertas (*vide* anexo 3).

Primeiramente foram solicitadas informações relativas ao género e idade, ano de formatura, localidade onde exercem, número total de doentes em ficheiro e número de pacientes diagnosticados com FM no último ano.

O 2º grupo investiga conceitos como a natureza e definição da FM, conhecimentos como os critérios de diagnóstico do ACR, pontos dolorosos à digito-pressão, manifestações mais sugestivas, eficácia dos fármacos no alívio dos sintomas e algumas noções sobre o prognóstico e impacto na qualidade de vida do doente. Solicita ainda a opinião relativamente à(s) especialidade(s) mais adequada(s) para realizar o diagnóstico e tratamento.

O 3º grupo reporta-se aos exames complementares de diagnóstico utilizados, a referência a outras especialidades para diagnóstico ou monitorização/tratamento e a aplicação da escala visual analógica de dor. O último grupo aborda o tratamento, na qual se pede para assinalar a frequência com que é usada uma lista de fármacos [numa de escala de nunca; raramente (<25% dos pacientes); alguns casos (25-54%); frequentemente (44-74%) e na maioria dos casos (75-100%)] assim como a frequência

com que se recomenda medidas não farmacológicas, como por ex. a caminhada. A última questão refere-se à percepção da necessidade dos mesmos de informações adicionais sobre FM.

As questões relacionadas com as medidas terapêuticas foram formuladas com base nas guidelines da European League Against Rheumatism (EULAR).<sup>64</sup> As questões relativas às manifestações clínicas e prognóstico da doença, foram construídas com base nos critérios da ACR de 1990<sup>1</sup> e nas recomendações da DGS<sup>11</sup>, respectivamente. As fontes citadas não foram referidas no questionário e não foi disponibilizada qualquer recompensa pelo seu preenchimento.

O questionário foi revisto por um especialista em reumatologia e foi testado numa pequena amostra de médicos de MGF (n=23) quanto ao seu tamanho. O questionário construído inicialmente continha 33 questões, e dado que a maioria referiu que era muito extenso, optou-se por eliminar 9 questões, com o intuito de aumentar a taxa de resposta. Devido ao facto de as perguntas não excluídas, não terem sofrido alterações, os dados obtidos nessa primeira amostra foram incluídos no estudo. Optou-se por apresentar os resultados da questão relativa à classificação da utilidade das fontes de informação para aquisição de conhecimentos sobre FM, devido à potencial relevância para eventuais intervenções futuras a nível da formação destes profissionais.

Foi dada a possibilidade dos inquiridos receberem via e-mail os resultados do presente estudo. Para assegurar o anonimato, o endereço electrónico foi requisitado numa folha processada em separado.

#### **iv. Análise estatística**

O correcto preenchimento dos questionários foi verificado manualmente e os adequadamente preenchidos foram codificados numericamente antes da introdução dos dados. Foram excluídos os questionários com uma resposta ausente, excepto se esta correspondia à indicação do número total de utentes em ficheiro, cujos dados foram deixados em branco.

Utilizou-se para a análise, o software estatístico SPSS® 17.0 (Statistical Package for Social Sciences). Foram usados parâmetros da estatística descritiva, adoptando-se as medidas usuais de tendência central e de dispersão, e cálculos de frequências simples e relativas. Para a correlação entre o ano de formatura por categorias (<1990; 1990-2000; >2000) e a caracterização do tipo de distúrbio e conhecimento dos critérios de ACR e pesquisa de PD, utilizou-se o teste do  $\chi^2$ . Na análise da relação entre o ano de formatura por categorias e as manifestações clínicas mais sugestivas, usou-se o Teste Kruskal Wallis. Na comparação do grau de eficácia entre os diferentes fármacos, e do grau de prescrição entre as diferentes medidas farmacológicas, e entre a sugestividade das manifestações clínicas, utilizou-se o teste de Wilcoxon. Foi considerado com significância estatística o valor de  $p < 0,05$ .

# Resultados

### III. Resultados

Foram entregues 116 questionários no total, tendo sido devolvidos 55. A taxa de resposta variou de 27% (CS Castelo Branco) a 74% (CS Cova da Beira). Foram considerados como válidos 51 questionários, tendo sido excluídos 4, por não cumprirem os critérios de inclusão. Devido ao desenho do estudo não foi possível caracterizar os não-respondentes. A % relativa dos CS onde exerciam os médicos incluídos na amostra, está representada no gráfico 1.

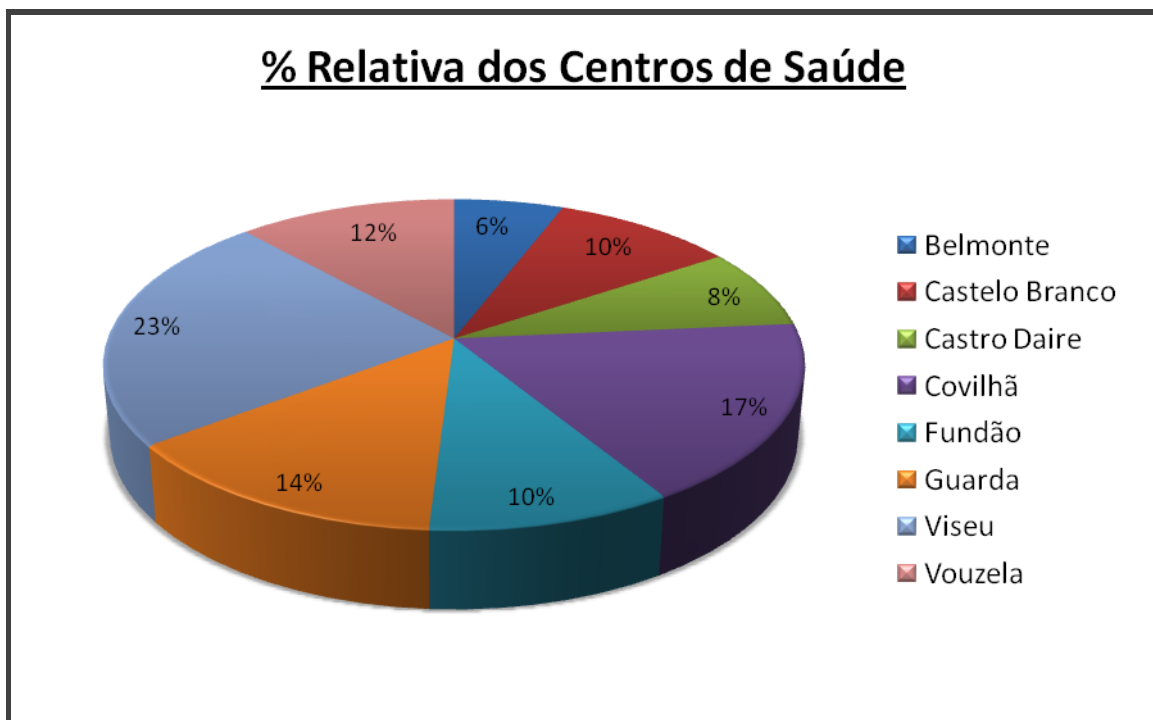


Gráfico 1 - % relativa dos CS onde exerciam os médicos incluídos na amostra (n=51)

A amostra era constituída maioritariamente por médicos do sexo feminino (52,9%) com uma média de idades de 49,1 ( $\pm 11,1$ ) anos, predominando a classe etária dos 46 aos 56 anos (50%). A amostra era composta por 84,3% especialistas e 15,7% de internos do complementar, formados entre 1976 e 2008, tendo a maioria (78,4%) se formado antes de 1990.

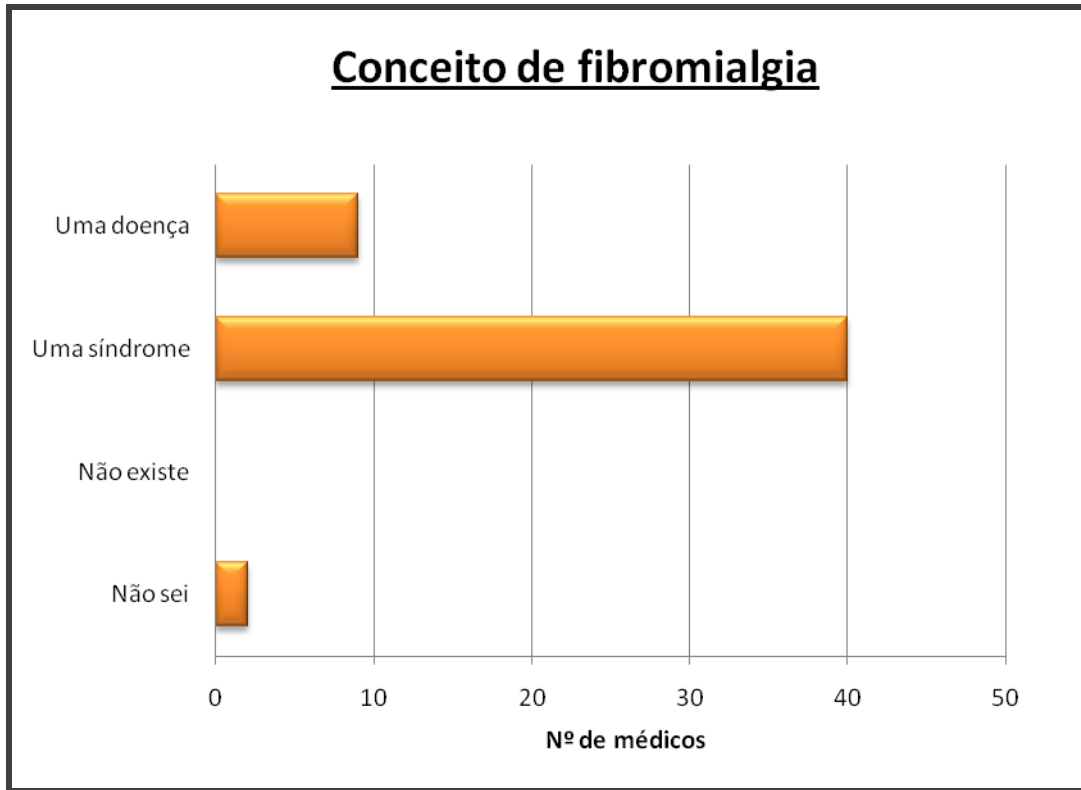
Os inquiridos referem ter diagnosticado uma média de 2,33 ( $\pm 1,55$ ) doentes com FM no último ano (n=51), e uma vez que cada um possui uma média de 1715,51 ( $\pm 378,48$ ) utentes em ficheiro (n=39), estimou-se que detectam anualmente 1,36 novos casos por 1.000 habitantes. A tabela 1, compara o sexo e média de número de utentes por médico da amostra do presente estudo, com o total da população portuguesa de médicos de MGF. Relativamente às características apresentadas verifica-se uma boa representatividade da amostra deste estudo.

**Tabela 1 – Comparação de dados demográficos da amostra do presente estudo com o total da população de médicos de medicina geral e familiar**

	Amostra deste estudo	Total de médicos de medicina geral
Sexo feminino (%)	52,9 (n=51)	57,1
Número médio de utentes por médico	1716 (n=39)	1595
Total de médicos	51	6346

\*Fonte: Gabinete de Informação e Prospectiva (GIP)/ Alto Comissariado da Saúde (ACS), com base nos dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2007<sup>26</sup>

Houve um pleno reconhecimento da FM enquanto entidade clínica distinta e 78,4% considera que é uma síndrome, e 17,6% uma doença. (vide gráfico 2)



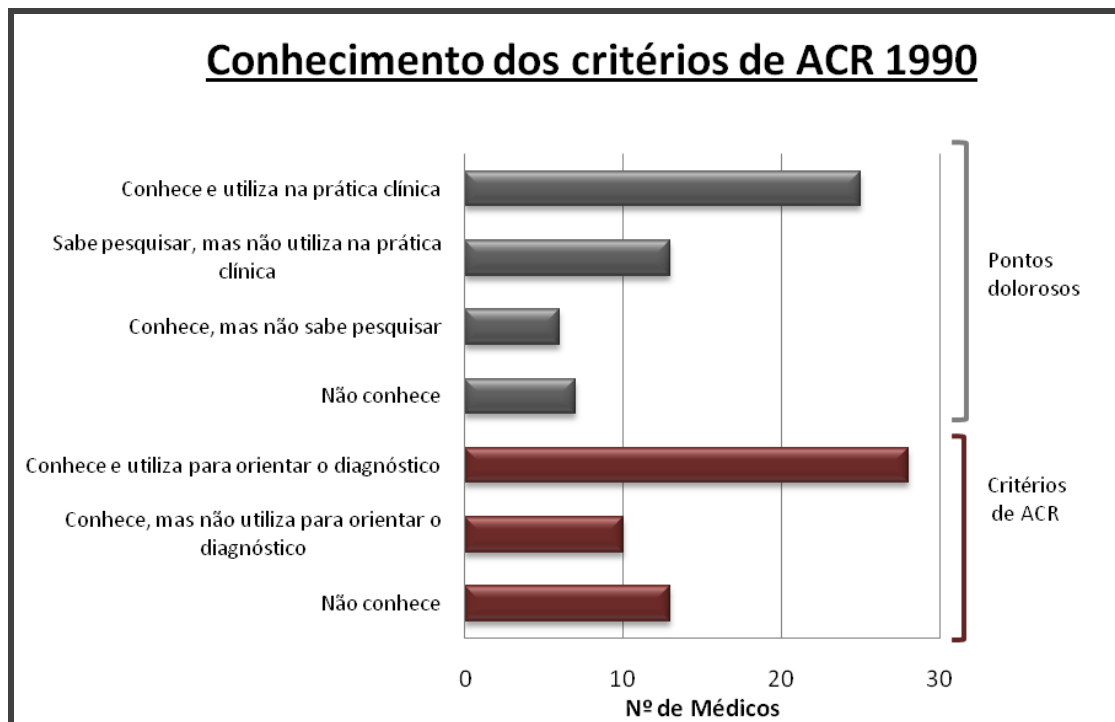
**Gráfico 2 – Conceito de fibromialgia**

A maioria dos inquiridos (58,82%) atribuiu uma natureza psicossomática à FM e 11,76% atribuiu uma origem mista (orgânica e psicológica). 9,80% considera ser simultaneamente orgânico e psicossomático e, apenas 5,88% e 3,91% puramente orgânico ou psicológico, respectivamente (vide gráfico 3). Não houve diferenças estatisticamente significativas nas escolhas do tipo de distúrbio e o ano de formatura por categorias.



**Gráfico 3 - Caracterização do distúrbio**

A maioria (54,9%) dos médicos refere conhecer e utilizar os critérios do ACR (1990) para orientar o diagnóstico, enquanto que 25,5% menciona não conhecer, e 19,6% diz conhecer mas não utilizar na prática clínica. Em relação aos PD, também mencionados nesses critérios, 86,3% refere conhecê-los, 74,5% diz saber pesquisar e apenas 49% refere utilizar na prática clínica para efectuar o diagnóstico (vide gráfico 4). Não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre o ano de formatura por categorias e o conhecimento e aplicação dos critérios de ACR ou a pesquisa dos PD.



**Gráfico 4 – Grau de conhecimento dos critérios de ACR (1990) e sua utilização na prática clínica**

Em relação à apresentação clínica da FM, a dor à pressão digital em 18 dos PD, foi classificada como sendo a manifestação mais sugestiva de FM ( $p < 0.001$ ). Segue-se, como mais sugestivo o cansaço caracterizado por fadiga crónica (com ou sem esforços) ( $p < 0.05$ ). A dor à pressão em 5 dos 18 PD, fadiga matinal [acordando-se mais cansada(o) do que ao deitar-se], dores generalizadas e persistentes desde há mais de 3 meses e dores persistentes nos 2 membros superiores e inferiores e axiais, são de seguida as manifestações mais sugestivas, sem diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ( $p > 0.05$ ). Vide gráfico 5.

A tumefacção das articulações dolorosas, de consistência mole ou elástica, e o cansaço caracterizado por dispneia de esforço, foram as manifestações qualificadas como menos sugestivas cotadas, respectivamente, por 43% e 41% dos médicos como não sugestivas. Vide gráfico 6. A tabela 2 sumaria a média de sugestividade atribuída a

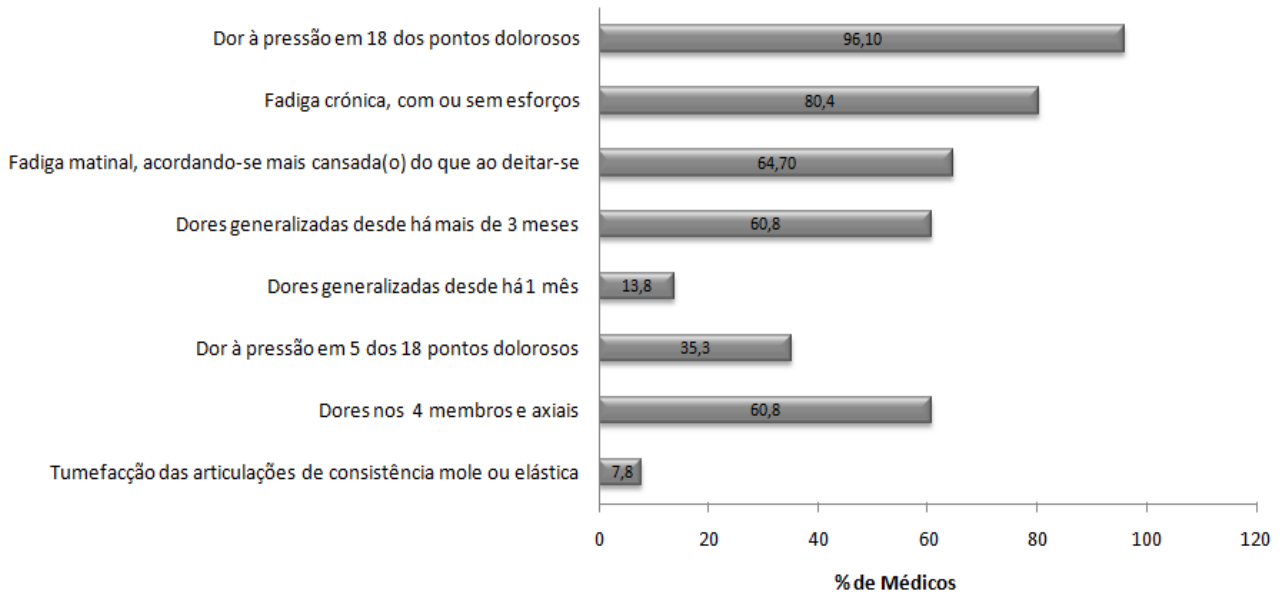
cada manifestação. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o ano de formatura por categorias e a classificação das manifestações clínicas ( $p>0,05$ ).

**Tabela 2 - Classificação das manifestações clínicas quanto ao grau de sugestividade de FM**

<b>Manifestações</b>	<b>Média*</b>	<b>DP*†</b>
Dor à pressão digital em 18 dos pontos dolorosos.	<b>3,49</b>	<b>0,73</b>
Dor à pressão digital em 5 dos pontos dolorosos.	<b>3,27</b>	<b>6,55</b>
Cansaço caracterizado por fadiga crónica, com ou sem esforços.	<b>2,98</b>	<b>0,91</b>
Fadiga matinal, acordando-se mais cansada(o) do que ao deitar-se.	<b>2,73</b>	<b>1,06</b>
Dores generalizadas e persistentes desde há mais de 3 meses.	<b>2,69</b>	<b>1,01</b>
Dores persistentes nos 2 membros superiores e inferiores e axiais (pescoço, costas e tórax).	<b>2,59</b>	<b>0,92</b>
Dores generalizadas e persistentes desde há 1 mês.	<b>1,63</b>	<b>1,62</b>
Cansaço caracterizado por dispneia de esforço.	<b>0,96</b>	<b>1,08</b>
Tumefacção das articulações dolorosas, de consistência mole ou elástica.	<b>0,84</b>	<b>0,93</b>

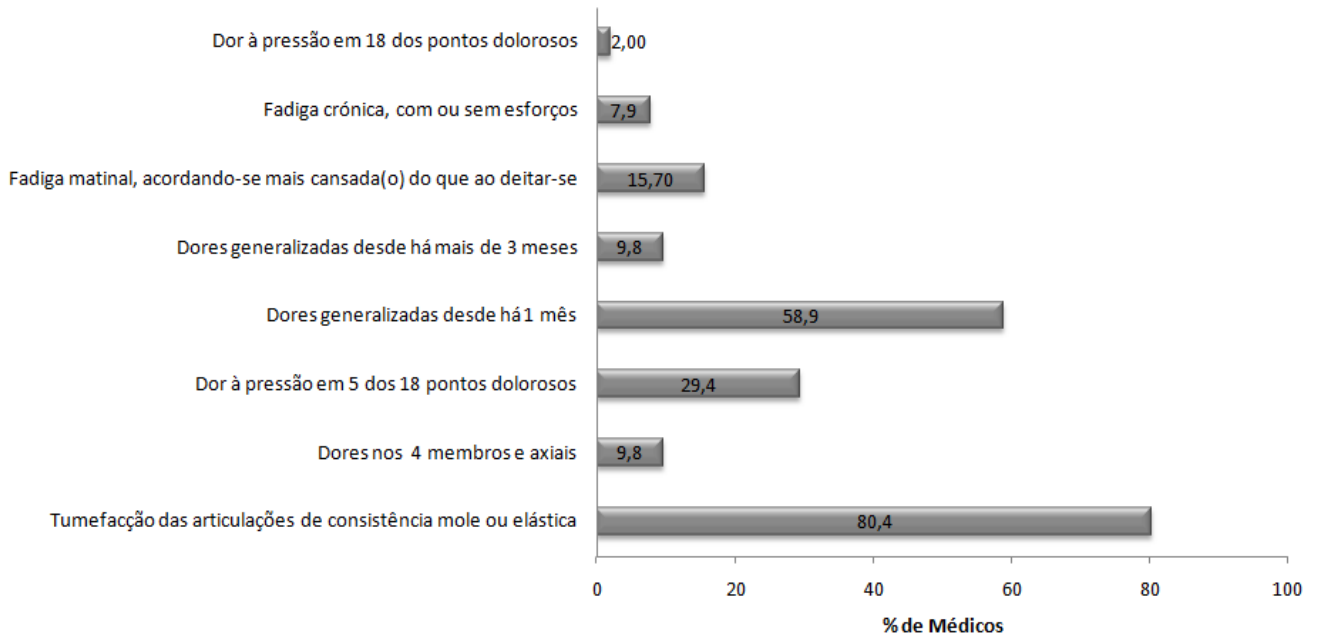
\*0= não sugestivo; 1 = pouco; 2 = moderadamente; 3 = muito; 4 = extremamente sugestivo  
† DP = desvio padrão

**Sugestividade atribuída às manifestações clínicas (muito a extremamente sugestivas)**



**Gráfico 5 – Proporção de médicos (n=51) que atribuíram uma sugestividade de *muito a extremamente* às manifestações clínicas**

**Sugestividade atribuída às manifestações clínicas (não a pouco sugestivo)**



**Gráfico 6 – Proporção de médicos (n=51) que atribuíram uma sugestividade de *não a pouco* às manifestações clínicas**

Todos os médicos, à exceção de um, consideraram que o tratamento da FM deve basear-se na combinação de medidas farmacológicas (MF) e não farmacológicas (MNF).

Relativamente à classificação da eficácia dos fármacos para alívio dos sintomas da FM os médicos atribuíram, segundo uma escala de 0 (nenhuma) a 5 (muito boa), uma das piores eficácias aos corticosteróides, dado que 58,8% imputaram uma eficácia igual ou inferior a 2, e 13,7% referiu não terem qualquer eficácia. Não houve, no entanto, diferenças estatisticamente significativas em relação aos AINE's e analgésicos simples (2,53 vs. 2,65; 2,53;  $p=0,479$ ;  $p=0,945$ )

Aos AINE's, analgésicos simples (p.ex. paracetamol) e tramadol foi atribuída, no geral, uma eficácia razoável (mediana de 3, ver tabela). Quarenta e nove por cento e 41,2% dos inquiridos cotaram como fraca a muito fraca a eficácia dos analgésicos simples e AINE's, respectivamente, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois fármacos. O tramadol, cotado por 45,1% com uma eficácia boa a muito boa, foi considerado como superior aos AINEs (3,29 vs. 2,65,  $p=0.001$ ), analgésicos simples (3,29 vs. 2,53,  $p<0.001$ ) e corticosteróides (3,29 vs. 2,53,  $p=0.012$ ).

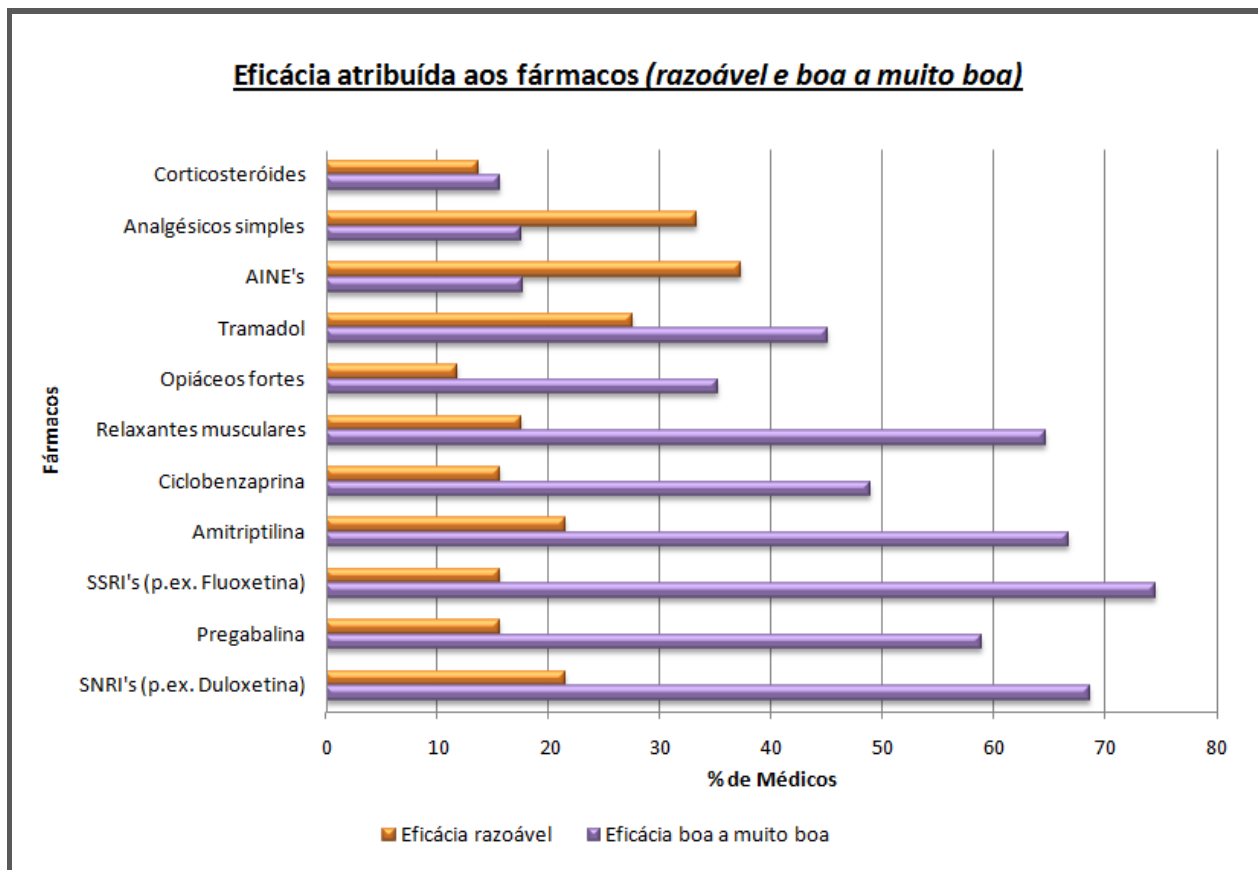
Os opiáceos fortes, relaxantes musculares, ciclobenzaprina, amitriptilina, SSRI's (Inibidores selectivos da recaptção da serotonina), SNRI's (Inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina) e pregabalina foram classificados, pela generalidade dos médicos inquiridos, com uma boa eficácia (mediana de 4). Na avaliação dos opiáceos, 35,5% dos médicos atribuíram uma eficácia boa, 25,5% fraca a muito fraca, e 21,6% assumiu que desconhecia o seu grau de eficácia. Foi imputada pelos inquiridos uma eficácia superior aos opiáceos fortes em relação aos analgésicos simples (3,59 vs.

2,53,  $p=0.001$ ). Os relaxantes musculares foram cotados por 64,7% dos médicos com uma eficácia boa a muito boa ( $\geq 4$ ), já a ciclobenzaprina (antidepressivo tricíclico, com efeitos essencialmente miorrelaxantes) foi avaliada por 49% com uma eficácia igual ou superior a 4, e por 25,5% como fraca a muito fraca. Uma eficácia boa a muito boa foi atribuída por 74,5% dos clínicos à fluoxetina (SSRI's), 68,6% à duloxetina (SNRI's) e 66,7% à amitriptilina. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre estes três antidepressivos ( $p>0,05$ ). A pregabalina, um anti-convulsivante de 2ª geração, foi cotado por 58,9% dos inquiridos com uma eficácia igual ou superior a 4 (boa a muito boa) e por 31,4% com uma eficácia fraca a razoável. Foi atribuída à duloxetina uma superioridade estatisticamente significativa, relativamente à ciclobenzaprina (4,12 vs. 3,57,  $p=0.013$ ) e aos relaxantes musculares (4,12 vs. 3,69,  $p=0.017$ ).

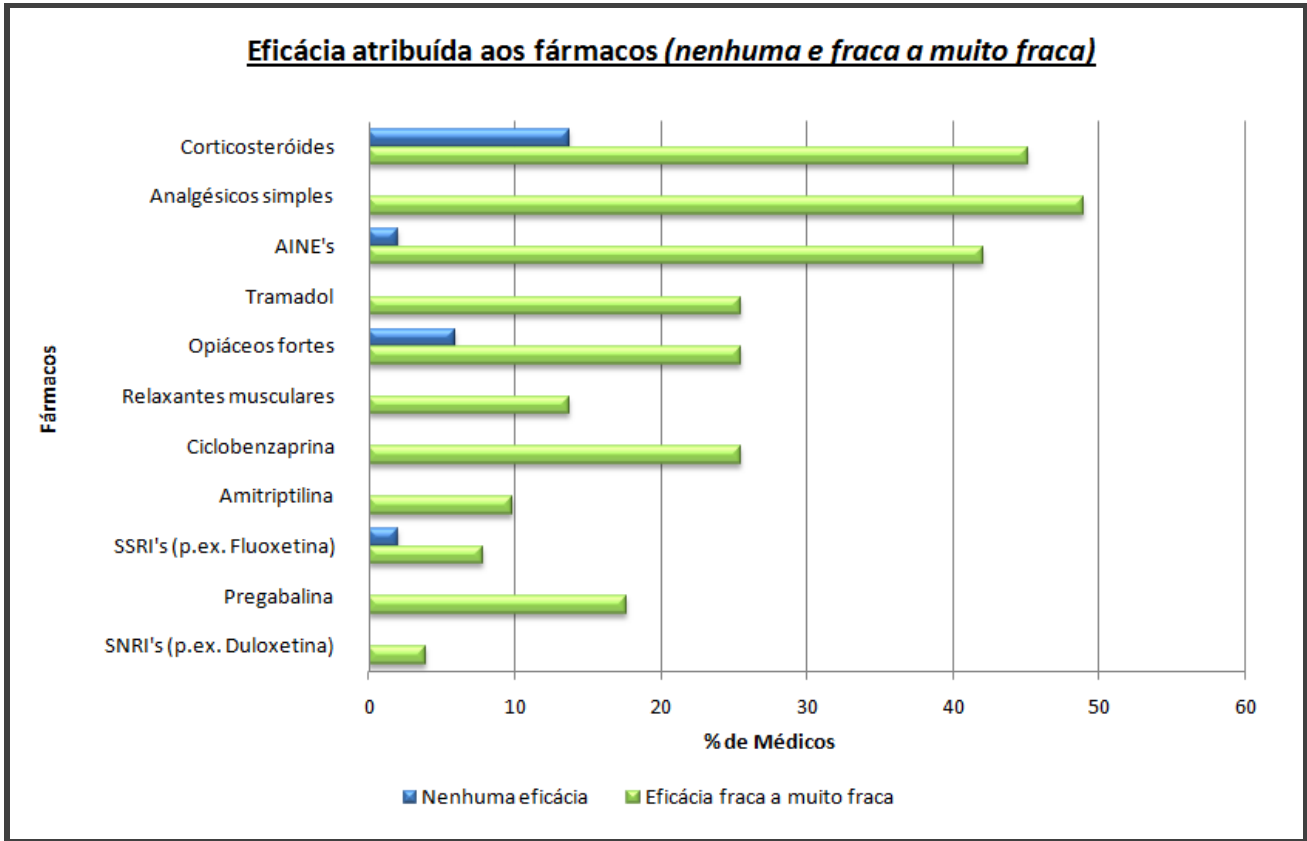
**Tabela 3 - Classificação dos fármacos quanto ao grau de eficácia no alívio dos sintomas de FM**

	<b>Média (DP<sup>T</sup>)*</b>	<b>Mediana* (amplitude interquartis)</b>
Corticosteróides	2,53 (1,86)	2 (4-1)
Analgésicos simples (p. ex. Paracetamol)	2,53 (1,08)	3 (3-2)
Antiinflamatórios não esteróides (clássicos e coxibes)	2,65 (1,15)	3 (3-2)
Tramadol	3,29 (1,14)	3 (4-2)
Opiáceos fortes	3,59 (1,89)	4 (4-2)
Relaxantes musculares	3,69 (1,05)	4 (4-3)
Ciclobenzaprina (Flexiban <sup>®</sup> )	3,57 (1,47)	4 (5-2)
Amitriptilina	3,82 (0,93)	4 (4-3)
Antidepressivos serotoninérgicos [p. ex. Fluoxetina (Prozac <sup>®</sup> )]	3,80 (0,98)	4 (4-3)
Pregabalina (Lyrica <sup>®</sup> )	3,84 (1,22)	4 (5-3)
Antidepressivos de acção dual [p. ex. Duloxetina (Cymbalta <sup>®</sup> )]	4,12 (0,95)	4 (5-3)

\*Graus de classificação: 0 = nenhuma; 1 = muito fraca; 2 = fraca; 3 = razoável; 4 = boa; 5 = muito boa  
<sup>T</sup> DP (desvio padrão)



**Gráfico 7 – Proporção de médicos (n=51) que atribuíram uma eficácia razoável ou boa a muito boa aos diferentes fármacos usados na FM**



**Gráfico 8 – Proporção de médicos (n=51) que atribuíram uma eficácia de nenhuma ou fraca a muito fraca aos diferentes fármacos usados na FM**

Em relação ao prognóstico da FM, a maioria dos médicos (86,3%) afirmaram erroneamente que a FM tem tendência ao agravamento progressivo das queixas, e 51% acredita também erroneamente que a reforma por doença pode permitir melhoria dos sintomas (vide tabela 4).

**Tabela 4 - Prognóstico e evolução clínica da FM**

Afirmação	Chave	Respostas correctas	
		n = 51	%
Reduz a esperança de vida.	Falso	45	88,2
Causa deformações.	Falso	43	84,3
Tem tendência ao agravamento progressivo das queixas.	Falso	7	13,7
Justifica períodos de baixa ao trabalho.	Verdadeiro	45	88,2
A reforma por doença pode permitir melhoria dos sintomas.	Falso	24	49

Os médicos consideram que a Reumatologia (86,3%), a Medicina Geral e Familiar (51%) e a Medicina Interna (45,1%), são por esta ordem, as especialidades que por norma têm mais conhecimentos clínicos para efectuar o diagnóstico inicial de FM. Em relação ao seguimento da generalidade dos doentes com FM, 35,3% dos médicos consideram que a Reumatologia é a especialidade que deverá assumir esse cargo, 33,3% a Medicina Geral e Familiar e 13,7% a Medicina Interna.

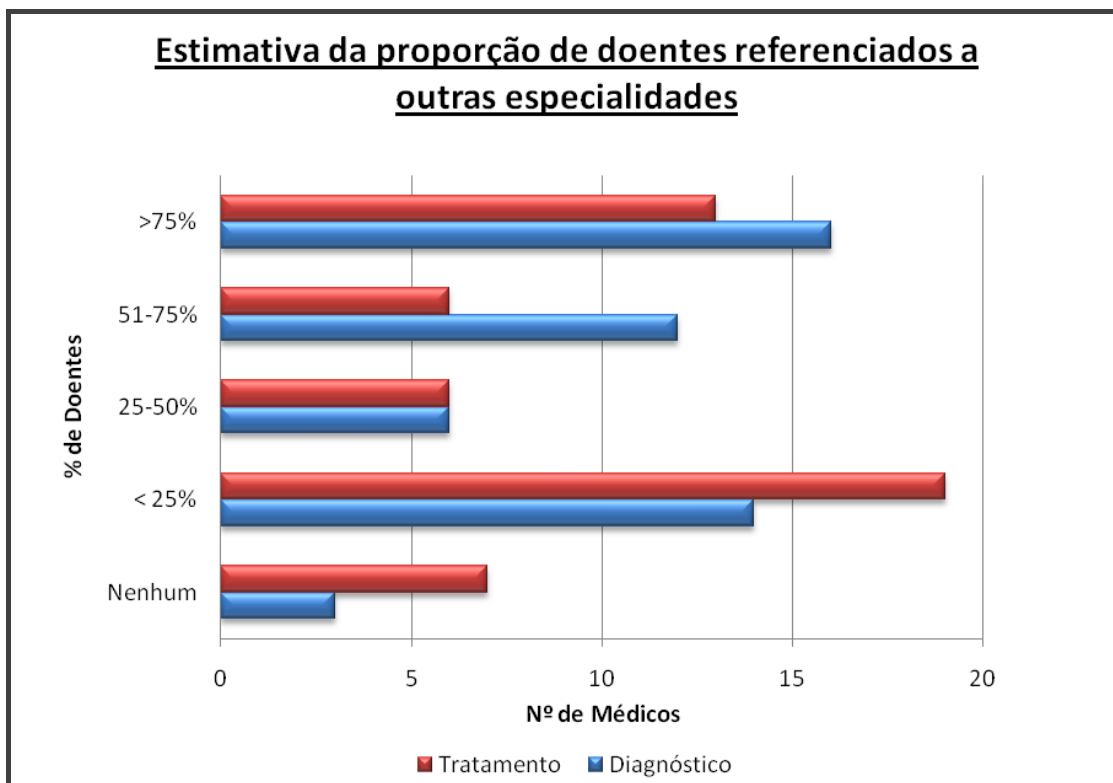
Todos os clínicos inquiridos neste estudo, referem recorrer aos exames complementares de diagnóstico (ECD) face a uma hipótese de diagnóstico de FM, requisitando uma média de 11 exames. O exame mais solicitado é o doseamento da velocidade de sedimentação/Proteína C reactiva (VS/PCR) (94,1%), seguido de factores reumatóides (FR) (90,2%) e hemograma (84,3%) (vide tabela 5). A aspiração do líquido articular é o exame menos pedido, seguido da Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RM), solicitados por 3,9% e 13,7% dos clínicos, respectivamente. Vide tabela 5.

**Tabela 5 - % de exames complementares de diagnóstico solicitados.**

%	Exame	%	Exame
94,1%	VS e/ou PCR	60,8%	Glicémia
90,2%	FR	52,9%	Electromiograma
84,3%	Hemograma	49%	Perfil lipídico
78,4%	CPK	45,1%	Análise sumária da urina
78,4%	Função hepática (TGO,TGP,GGT e/ ou FA)	45,1%	Anti-CCP
78,4%	ANA	33,3%	Densitometria óssea
76,5%	Creatinina/Ureia	23,5%	Ecografia
74,5%	T3,T4,TSH	13,7%	TAC
74,5%	Rx das articulações sintomáticas	13,7%	RM
72,5%	HLA-27	3,9%	Aspiração do líquido articular

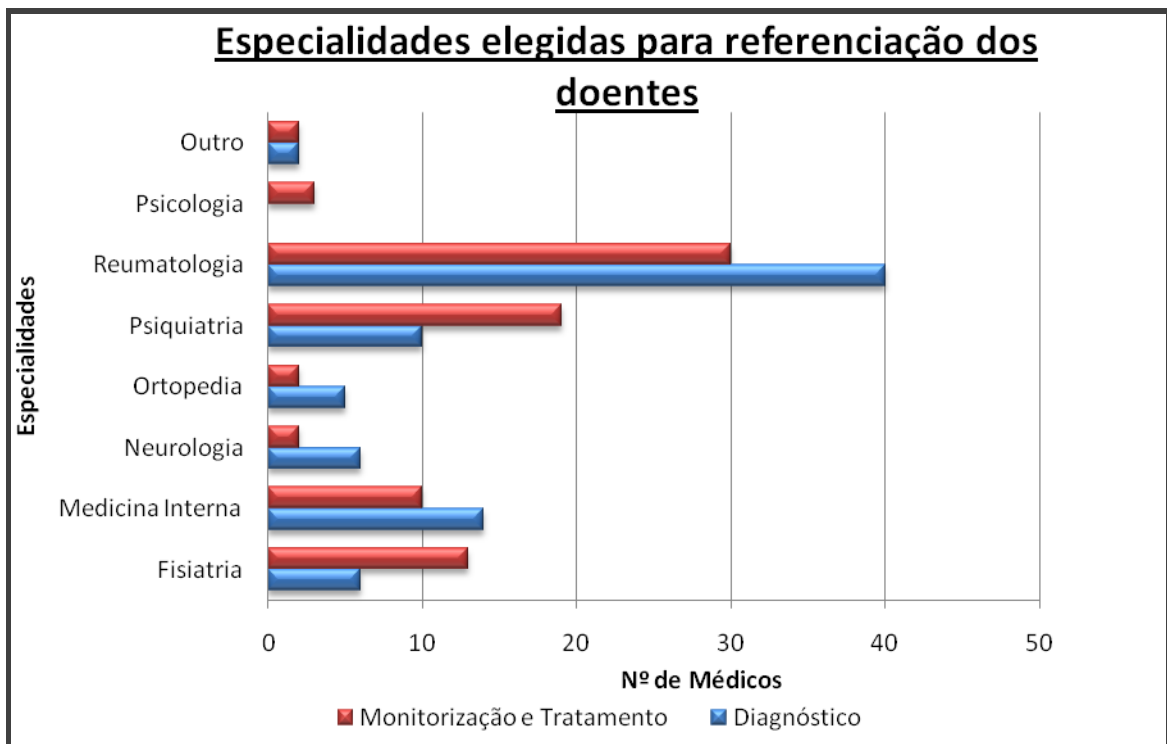
ANA (Anticorpos Anti-Nucleares); Anti-CCP (Anti-Péptido Citrulinado Cíclico); CPK (Creatinina-fosfoquinase); FA (fosfatase alcalina); FR (Factores Reumatóides); GGT (gama glutamiltranspeptidase); HLA-27 (Antígenos Leucocitários Humanos-B27); PCR (Proteína C reactiva); RM (Ressonância Magnética); Rx (Radiografia); T3 (Triiodotironina); T4 (Tiroxina); TAC (Tomografia Axial Computorizada); TGO (transaminase glutâmico oxalacética); TGP (transaminase glutâmico pirúvica); TSH (Hormona Estimulante da Tiróide); VS (velocidade de sedimentação).

A maioria dos médicos (66,7%) referencia  $\geq 25\%$  dos seus pacientes com hipótese clínica de FM a outra especialidade, para confirmação de diagnóstico, sendo que 27,5% referencia todos os doentes. Enquanto que, 51% referencia  $<25\%$  dos doentes para tratamento e monitorização dos doentes com FM diagnosticada (vide gráfico 9).



**Gráfico 9 – Estimativa da proporção dos doentes referenciados a outras especialidades**

Uma significativa proporção de médicos (78,4%) referencia os doentes com hipótese clínica de FM a Reumatologia para confirmação de diagnóstico, sendo a Medicina Interna, a segunda especialidade que recebe mais referências, seleccionada por 27,5% dos médicos, seguida da Psiquiatria (19,6%). Para monitorização e tratamento dos doentes diagnosticados com FM, 58,8% dos inquiridos referencia a Reumatologia, 37,3% a Psiquiatria, 25,5% a Fisiatria e 13,7% não recorre à ajuda de qualquer outra especialidade (vide gráfico 10).



**Gráfico 10 – Especialidades elegidas pelos médicos (n=51) para diagnóstico e/ou monitorização/tratamento**

Relativamente à regularidade de aplicação da escala visual analógica para quantificar a dor dos pacientes, a maioria (52,9%) diz utilizá-la por vezes, e apenas 11,8% refere aplicá-la sempre.

Pela análise de médias de prescrição (vide tabela 6), o paracetamol parece ser o fármaco mais prescrito para alívio dos sintomas da FM, seguido da associação paracetamol & tramadol receitados, respectivamente, por 29,4% e 21,6% dos médicos na maioria dos casos ( $\geq 75\%$  dos pacientes). A fluoxetina e similares são receitados à maioria dos pacientes por 13,7% dos inquiridos.

**Tabela 6 – Grau de prescrição de terapias farmacológicas para controlo dos sintomas da FM**

Fármaco	Média*	Mediana*
Paracetamol	2,57	3
Tramadol	2,31	3
Associação tramadol & paracetamol	2,47	3
AINE's/coxibes	1,94	2
Corticosteróides	0,69	0
Opióides	0,88	1
Amitriptilina	2,31	2
Ciclobenzaprina	0,92	0
Fluoxetina e similares	2,45	3
Milnaciprano	0,63	0
Duloxetina	2,12	2
Pregabalina	1,98	2
Ansiolíticos/hipnóticos	2,10	2
Magnésio	2,00	2

\*0 = nunca; 1= raramente (<25% dos pacientes); 2 = alguns casos (25-54% dos pacientes); 3 = frequentemente (55-74% dos pacientes); 4 = maioria dos casos (≥75% dos pacientes)

O tramadol e a amitriptilina, são receitados por aproximadamente metade dos médicos a >55% dos pacientes. Com frequência ou na maioria dos casos, 47% médicos refere receitar duloxetina, pregabalina e ansiolíticos/hipnóticos, e 43% diz prescrever magnésio. Contudo, pela análise dos dados não se registam diferenças estatisticamente significativas a nível de prescrição os fármacos citados até agora, à

excepção de que o paracetamol é mais prescrito que o magnésio e pregabalina (2,57 vs. 2,00;1,98;  $p=0.021$ ;  $p=0.04$ ).

Os AINE's são prescritos por 62,8%, a <55% dos pacientes. Verifica-se que são menos prescritos que o paracetamol, associação tramadol & paracetamol e fluoxetina (1,94 vs. 2,57; 2,47; 2,45  $p=0.004$ ;  $p=0.016$ ;  $p=0.007$ ).

Os medicamentos menos receitados, em comparação com os enumerados acima ( $p<0.001$ ), são o milnaciprano, os corticosteróides, a ciclobenzaprina e os opióides, nunca prescritos por 62,7%, 56,9%, 54,9% e 49% dos clínicos, respectivamente. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os hábitos de prescrição destes quatro fármacos ( $p>0.05$ ).

A educação do paciente, é a MNF mais utilizada, empregue por 51% dos médicos à maioria dos casos ( $\geq 75\%$  dos pacientes). Os exercícios de relaxamento são a segunda medida mais recomendada, dado que é indicada a > 55% dos pacientes por 88,2% dos médicos. Seguem-se o apoio psicológico, a natação/hidroginástica e a caminhada, recomendados por aproximadamente 80% dos inquiridos a >55% dos pacientes. Aproximadamente 65 e 47% dos médicos indicam, respectivamente, fisioterapia e exercício aeróbio, com frequência ou na maioria dos casos. A medida menos recomendada é o treino de força, dado que a maioria dos médicos (51%) nunca a recomenda, e aproximadamente 20%, raramente a aconselha (<25% dos pacientes). Seguem-se as terapias alternativas, o exercício aeróbio e o termalismo, como medidas menos recomendadas. Em relação às terapias alternativas e complementares (ex.

Acupunctura), aproximadamente metade dos clínicos nunca recomenda (33,3%) ou recomenda somente a menos de 25% dos pacientes (15,7%). Vide tabela 7.

**Tabela 7 – Grau de recomendação de medidas não farmacológicas para controlo dos sintomas de FM**

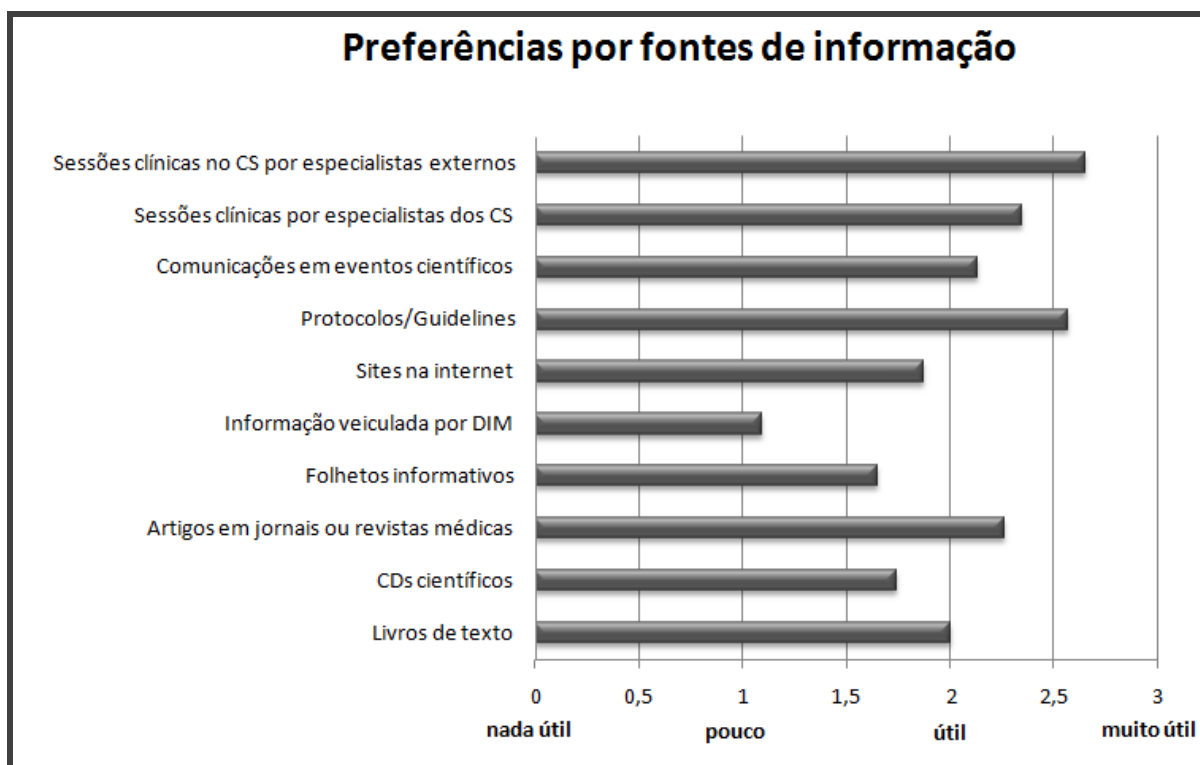
Terapias farmacológicas:	Média*	Mediana*
Apoio psicológico	3,24	3
Educação do paciente	3,37	4
Natação/Hidroginástica	3,22	3
Caminhada	3,18	3
Treino de força	0,94	0
Exercício aeróbio	2,27	2
Exercícios de relaxamento	3,27	3
Fisioterapia	2,71	3
Termalismo	2,53	3
Terapias alternativas (ex.:Acupunctura)	1,61	2

\*0 = nunca; 1= raramente (<25% dos pacientes); 2 = alguns casos (25-54% dos pacientes); 3 = frequentemente (55-74% dos pacientes); 4 = maioria dos casos (≥75% dos pacientes)

A maioria dos médicos (82,4%, n=51) reconhece necessitar de informações adicionais sobre FM.

Foi pedido aos médicos (n=23) para classificarem o grau de utilidade de dez fontes de informação possíveis para aquisição de conhecimentos de FM em nada, pouco, útil ou muito útil. As sessões clínicas no CS apresentadas por especialistas externos, representam a fonte de informação com maior utilidade na opinião dos médicos, dado

que a maioria (65,2%) classificou-a como sendo muito útil. A segunda fonte com mais peso é os protocolos/guidelines, qualificada por 60,9% como muito útil. A fonte mais menosprezada pelos médicos em termos de utilidade, é a informação veiculada por delegados de informação médica, dado que aproximadamente  $\frac{1}{3}$  dos médicos consideram-na nada útil (21,7%) ou pouco útil (52,2%). A segunda fonte mais desvalorizada é os folhetos informativos, dado que 34,8% dos médicos os classificaram como pouco úteis. Vide gráfico 11.



**Gráfico 11 – Preferências dos médicos (n=23) por fontes de informação para aquisição de conhecimentos sobre FM.** [CS (Centro de Saúde); DIM (Delegados de informação médica)]

# Discussão

## IV. Discussão

São escassos os estudos que abordam esta temática, cito alguns dos quais se irá fazer referência. Blotman et al.<sup>27</sup> efectuaram um estudo em França com 430 reumatologistas e 1130 clínicos gerais; Kumar et al.<sup>28</sup>, executaram um estudo com 55 reumatologistas escoceses; e mais recentemente Arshad e Kong<sup>29</sup>, publicou um estudo com 43 reumatologistas na Malásia e Singapura.

Os resultados deste estudo demonstram que existe um pleno reconhecimento deste distúrbio enquanto entidade nosológica. Contudo, não seria surpreendente se os médicos não reconhecessem esta síndrome como uma afecção distinta, dado que ocorre na ausência de alterações anatomo-patológicas definidas, motivo de controvérsias e razão pela qual muitos autores têm questionado a sua existência e utilidade diagnóstica.<sup>30,31</sup>

À semelhança dos estudos citados<sup>27,29</sup>, a maioria dos inquiridos do presente estudo (78,4%) definiu correctamente a FM como uma síndrome. Mais de metade dos médicos (58,82%) atribuiu-lhe uma natureza psicossomática, enquanto que 11,76% uma origem mista (orgânica e psicológica) e, apenas 5,88% e 3,91% consideram, respectivamente, que é puramente orgânico ou psicológico. O estudo da Malásia e Singapura obteve resultados distintos, no qual 80% dos reumatologistas atribuíram uma origem mista (psicológica e orgânica).

Possivelmente por que se trata de uma condição definida essencialmente por sinais e sintomas, cujas bases patofisiológicas subjacentes não estão totalmente esclarecidas, foi caracterizado pela maioria dos médicos inquiridos como sendo uma síndrome de natureza psicossomática. De facto a FM, tem sido incluída por muitos nas síndromes

funcionais somáticas (SSF), das quais também se incluem as cefaleias de tensão, síndrome do cólon irritável, síndrome da bexiga irritável, síndrome pré-menstrual, intolerância ao frio e síndrome das pernas inquietas, com as quais coexiste frequentemente.<sup>32,33</sup>

A hipótese de origem psicológica é colocada por alguns clínicos, provavelmente porque estes pacientes têm elevados níveis de stress psicológico e co-morbilidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão.<sup>34,35</sup> No entanto, essas taxas são semelhantes às apresentadas por pacientes que sofrem de outras causas de dor crónica, como a lombalgia crónica e a AR.<sup>36</sup>

Devido à sua natureza multifactorial que associa variáveis biológicas, psicológicas e ambientais/sócio-culturais, esta síndrome é melhor entendida segundo o modelo biopsicosocial de doença.<sup>37</sup>

Praticamente todos os médicos deste estudo (86,3%) consideraram que a FM tem uma tendência a agravamento das queixas. Devido à definição recente desta entidade, a evolução clínica e prognóstico ainda é desconhecida. Existem sugestões de que possa assumir um padrão flutuante e que seja possível a remissão completa, contudo pensa-se que é rara<sup>38</sup>. Os estudos longitudinais são de facto inconsistentes, uns demonstram que existe uma melhoria geral da sintomatologia e estado funcional ao longo do tempo, outros demonstram inclusive a ocorrência de agravamentos.<sup>12,38-45</sup> Ainda assim, os dados disponíveis não sugerem que existe um inexorável agravamento das queixas, nem um aumento da taxa de mortalidade.<sup>38</sup>

Aproximadamente metade dos inquiridos (51%) considera que a reforma por doença pode permitir melhoria dos sintomas. O que não está de acordo com a circular

normativa nº12 (2004) da DGS<sup>11</sup>, que diz que o doente reformado antecipadamente por FM, piora posteriormente por se criarem condições para uma menor actividade física, redução de ambientes distractivos, sentimentos de inutilidade e agravamento da depressão. De facto, a empregabilidade tem sido identificado como factor de protecção.<sup>38</sup> É de realçar o elevado nível de concordância relativamente ao facto de a FM justificar períodos de baixa ao trabalho (88,2%), o que demonstra que estão sensibilizados para o potencial incapacitante da doença e que provavelmente estão cientes da circular normativa nº27 (2003) da DGS<sup>46</sup>, a qual reconhece a FM como uma afecção a considerar para efeitos de certificação de incapacidade temporária. De facto, vários estudos têm comprovado o potencial incapacitante da doença, que revela ser semelhante a outros distúrbios de dor crónica.<sup>36,47-50</sup>

É de destacar a elevada proporção de médicos (78,4%) neste estudo, formados antes de 1990, ano em que foram publicados os critérios de diagnóstico pelo ACR.<sup>1</sup> Apesar disso, a maioria (74,5%) dos médicos refere conhecer esses critérios e, uma significativa proporção (54,9%), diz utilizar para orientar o diagnóstico. Os estudos efectuados na Malásia/Singapura e na Escócia, apresentaram resultados equiparáveis. O último verificou que 85% dos reumatologistas referiam conhecer os critérios, mas apenas 53% os utilizavam.<sup>28</sup>

Em relação aos PD, também mencionados nesses critérios, 86,3% dos médicos deste estudo diz conhecer a sua localização, mas apenas 49% realiza a sua pesquisa para orientar o diagnóstico. Fitzcharles et al. afirma que a pesquisa de PD raramente é executada a nível dos CSP onde ocorrem a maioria dos diagnósticos de FM.<sup>51</sup>

Os critérios ACR 1990 (*vide* anexo 1) tiveram como objectivo a uniformização de critérios de inclusão para ensaios clínicos, e por isso quando usados para o diagnóstico individual, estão associados a elevado número de falsos negativos e positivos.<sup>1</sup> Possível motivo pelo qual este estudo e os seus similares<sup>27-29</sup>, verificaram a sua infra-utilização. Um dos problemas reconhecidos por Wolfe é a reduzida especificidade, dado que os pacientes podem demonstrar PD sem no entanto manifestar FM, e vice-versa.<sup>52</sup> Além disso, os PD e a dor generalizada não captam por si só toda a essência desta síndrome (distúrbio que está associado a outros sintomas como fadiga, sono não reparador, distúrbios cognitivos, perturbações do humor, etc.).<sup>53-57</sup> Face a estas limitações, os mesmos autores<sup>58</sup>, publicaram em Maio de 2010, uma proposta preliminar de novos critérios, mais simples para utilização pelos clínicos gerais (*vide* anexo 2). Esta não requer a pesquisa dos PD, substituída por um índice de dor generalizada (que contabiliza o número de regiões dolorosas referidas pelo paciente) e inclui uma escala de gravidade dos sintomas (perturbações cognitivas, sono não reparador, fadiga e sintomas somáticos). A escala revela-se particularmente útil no seguimento longitudinal dos pacientes com acentuada variabilidade dos sintomas.

Katz et al.<sup>59</sup> demonstraram que a utilização de critérios clínicos, de ACR ou de entrevista para efectuar o diagnóstico de FM, é moderadamente concordante (72-75%), e uma vez que não existe um “gold-standart”, todos os métodos têm a sua utilidade.

Todos os clínicos inquiridos neste estudo, referem recorrer aos ECD face a uma hipótese de diagnóstico de FM, requisitando uma média de 11 exames. O exame mais

solicitado é o doseamento da VS/PCR, seguido dos FR, hemograma, creatinina-fosfoquinase (CPK), função hepática e anticorpos-nucleares (ANA).

A FM é uma síndrome clínica definida por sintomas e sinais, sem alterações nos testes laboratoriais ou estudos imagiológicos, sendo a dor à pressão em pontos anatomicamente definidos, a única alteração ao exame físico. Conseqüentemente, o “gold standard” para o seu diagnóstico é a opinião de um especialista, pelo reconhecimento de um padrão clínico característico.<sup>60</sup>

Contudo, esta síndrome associa-se com frequência a outras doenças, que não devem deixar de ser diagnosticadas.<sup>1,57</sup> Estima-se que, a FM coexista com AR em 15% dos pacientes, com Lúpus eritematoso sistémico (LES) em 30% e com Síndrome de Sjogren (SS) em 50%.<sup>61</sup> Outras doenças com as quais pode coexistir ou cuja apresentação pode ser semelhante, incluem a Osteoartrite, Espondilite Anquilosante, Polimialgia Reumática, Osteomalacia e Poliomiosite.<sup>60</sup> Pode também ser confundida com o Hiper ou Hipotireoidismo, Doença de Lyme e Infecção pelo vírus da Hepatite C ou B.<sup>61</sup> A dor generalizada é também uma característica comum em doenças malignas, como é o caso do Mieloma múltiplo e de Metástases de Neoplasias da mama, próstata ou pulmão.<sup>61</sup> Por estes motivos, o diagnóstico de FM deve combinar a recolha de uma história clínica, do exame físico e de investigação orientada com um conjunto limitado de exames, quando necessária.<sup>1,61-62</sup> Não é consensual, no entanto, se deve ser requisitado um protocolo de exames mínimo face a todos os casos ou apenas nos quais se suspeita a presença de doenças concomitantes. Os exames que devem ser incluídos nessa avaliação inicial também não estão claramente definidos na literatura. A maioria dos autores refere que deve ser requisitado a VS e testes de função da tiróide.<sup>29,57,62</sup> Taylor et al<sup>63</sup> considera que também deve ser efectuada a pesquisa do

anticorpo anti-nuclear (ANA) devido à elevada associação com LES e SS. Os autores do estudo da Malásia e Singapura<sup>29</sup> acrescentam aos três exames citados, o hemograma, bioquímica e enzimas musculares. Além dos referidos, considero ainda ser importante estudar a função hepática e a glicemia, dado a prevalência de Hepatites e Diabetes Mellitus em Portugal. Branco et al.<sup>60</sup>, nas Regras de Ouro em Reumatologia, sugere um protocolo laboratorial básico, que inclui hemograma completo e plaquetas; doseamento da VS e/ou PCR; CPK; cálcio, fósforo e magnésio séricos; função de tiróide e electroforese das proteínas. Estes exames estão de acordo com os autores já citados, excepto, a electroforese das proteínas. É sugerido provavelmente para pesquisa de mieloma múltiplo, mas na avaliação inicial pode ser dispensado, dado a VS ser suficiente para rastreio. Por fim, é de realçar que os exames devem ser sempre requisitados de forma individualizada, isto é, em função das características clínicas do paciente.<sup>60</sup>

Com o objectivo de desenvolver linhas de orientação para os clínicos, com base nas evidências científicas mais actuais, um painel de especialistas estabeleceram recentemente recomendações para o controlo terapêutico da FM. Estas recomendações incluem as guidelines da American Pain Society (APS)<sup>22</sup>, publicadas em 2005, e as recomendações da European League Against Rheumatism (EULAR)<sup>64</sup>, em 2007. Ambas defendem que a abordagem terapêutica da FM deve ser multimodal envolvendo a combinação de medidas farmacológicas (MF) e não farmacológicas (MNF), seleccionadas de forma individualizada. É por isso animador verificar que praticamente todos os médicos deste estudo (98%), consideraram que o tratamento desta síndrome deve basear-se na combinação de MF e MNF.

A APS privilegia em primeiro lugar a confirmação diagnóstica e posteriormente a informação (nível de evidência A) e educação do paciente (nível de evidência B), a abordagem multidisciplinar e tratamento combinado da doença (nível de evidência A).<sup>22</sup> A EULAR recomenda uma abordagem multidisciplinar e individualizada do paciente recorrendo a tratamento combinado (nível de evidência D), valorizando a avaliação da dor, função e contexto psicossocial (nível de evidência D).<sup>64</sup>

Segundo a APS, a MF de primeira linha inclui a utilização de anti-depressivos tricíclicos, amitriptilina e de ciclobenzaprina (nível de evidência A). Podem também ser utilizados os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (SSRI's), isolados ou em combinação com os primeiros (nível de evidência B). Se o quadro clínico for dominado por distúrbios do sono, deve-se optar pelo uso de hipnóticos e ansiolíticos (nível de evidência A). Para o alívio da dor, pode usar-se o tramadol (nível de evidência B) na dose de 50-100mg (id). Este pode ser usado isoladamente ou em associação com o paracetamol (nível de evidência B). Não devem ser utilizados AINE's como tratamento de primeira linha para o alívio da dor (nível de evidência A). Os opióides deverão ser reservados para os doentes que não respondam à terapêutica analgésica já referida. O uso de corticosteróides não está recomendado (nível de evidência A) a não ser que exista inflamação articular concomitante.<sup>22</sup>

A EULAR aconselha a utilização de antidepressivos, devido à sua acção na diminuição da dor e na melhoria da função, sendo opções, com nível de evidência A, a amitriptilina (antidepressivo tricíclico), fluoxetina (SSRI), duloxetina e milnaciprano (inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina – SNRI's), moclobemida e pirlindole (inibidores da monoaminoxidase). Pelo seu efeito analgésico, estão também

recomendados com nível de evidência A, o tropisetron (antagonista dos receptores do 5HT3), pramipexole (agonista dos receptores da dopamina) e pregabalina. O tramadol é o principal analgésico preconizado (nível de evidência A). Como outras opções para o alívio da dor, indicam outros opióides fracos e o paracetamol (nível de evidência D), não estando recomendados opióides fortes e corticóides (nível de evidência D).<sup>64</sup>

A tabela 8, adaptada de uma revisão de Goldenberg et al. (2007)<sup>65</sup> das guidelines da APS, sintetiza o grau de evidência de eficácia das MF disponíveis.

**Tabela 8 – Grau de evidência de eficácia das opções farmacológicas**

---

**Evidência forte:**

Amitriptilina (25 - 50 mg antes de deitar)  
Ciclobenzaprina (10- 30mg antes de deitar)

---

**Evidência modesta:**

Tramadol (200-300 mg/dia, administrado com ou sem paracetamol)  
SSRIs (fluoxetina 20-80 mg/dia)  
SNRIs (duloxetina †, milnaciprano †)  
Pregabalina †  
Gabapentina

---

**Evidência fraca:**

Hormona do crescimento  
5-HT  
Tropisetron  
S-adenosil-metionina

---

**Sem evidência de eficácia:**

Opióides  
AINEs  
Benzodiazepinas e hipnóticos não benzodiazepínicos  
Melatonina  
Magnésio  
DHEA  
Hormona da tiróide

---

DHEA (Dihidroepiandosterona); 5-HT(5-Hidroxitriptamina)

† – três únicos fármacos aprovados pelo FDA

**Tabela 9 – Grau de evidência de eficácia das medidas não farmacológicas**

<b>Evidência forte:</b> Exercício aeróbio Terapia cognitivo comportamental Educação do paciente
<b>Evidência modesta:</b> Treino de força Acupuntura Hipnoterapia Biofeedback Termalismo
<b>Evidência fraca:</b> Intervenções quiropráticas Massagens Electroterapia Ultrassons
<b>Sem evidência de eficácia:</b> Injecções nos pontos gatilho Alongamentos

Em relação às MNF (vide tabela 9), a APS preconiza a realização de terapia cognitivo-comportamental (nível de evidência A), exercício aeróbio moderado a intenso (nível de evidência A) e fortalecimento muscular (nível de evidência B). O termalismo (nível de evidência A), a hipnose clínica, o biofeedback, a manipulação quiroprática, a massagem terapêutica (nível de evidência B) e a acupuntura (nível de evidência C) são também preconizadas por esta instituição na abordagem não-farmacológica. Sempre que a monoterapia não seja suficiente para o controlo dos sintomas, deve optar-se pela associação de duas ou mais destas técnicas (nível de evidência A).<sup>22</sup>

Por sua vez, a EULAR recomenda a hidroterapia em piscina de água aquecida com ou sem hidroginástica como um método eficaz (nível de evidência B). O exercício aeróbio, o treino da força muscular, o relaxamento, a fisioterapia e o apoio psicológico, de

acordo com as necessidades individuais, podem ser benéficos (nível de evidência C). Apenas em alguns casos a terapia cognitivo-comportamental pode ser útil (nível de evidência C).<sup>64</sup>

A maioria dos médicos inquiridos neste estudo (58,8%) atribuíram correctamente uma eficácia muito fraca aos corticosteróides. Consideraram, com significância estatística, que o tramadol é mais eficaz que os AINE's, analgésicos simples e corticosteróides, o que está de acordo com as evidências científicas mais recentes.<sup>22,64</sup> No geral, também avaliaram de forma correcta a ciclobenzaprina, a amitriptilina, a fluoxetina, a duloxetina e a pregabalina, classificados na generalidade, com boa eficácia.

Contudo, até agora os tratamentos com maiores evidências de eficácia são os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e ciclobenzaprina)<sup>22,70-71</sup> e, ao contrário do desejável, os inquiridos deste estudo não demonstraram ter conhecimento dessa diferença. A duloxetina (SNRI) inclusive, foi cotada como tendo eficácia superior à cilobenzaprina ( $p = 0.013$ ). Além disso, sobre-valorizaram a eficácia dos AINE's e opióíáceos fortes, sendo que os primeiros não são eficazes na FM e o uso dos segundos não é recomendado (evidência D).

Em relação à descrição dos comportamentos de prescrição de MF, os fármacos prescritos com mais frequência para alívio dos sintomas da FM, foram o paracetamol, tramadol, associação paracetamol & tramadol, fluoxetina, amitriptilina, duloxetina, pregabalina, ansiolíticos/hipnóticos, magnésio e AINE's. Não se verificaram diferenças significativas entre a prescrição dos fármacos citados, à excepção do paracetamol ( $p < 0.05$ ) que revelou ser mais receitado que a pregabalina, magnésio e AINE's, assim

como a fluoxetina e a associação paracetamol & tramadol, que revelaram ser prescritos com maior frequência que os AINE's.

Os fármacos prescritos com menor frequência ( $p < 0.001$ ) foram o milnaciprano, corticosteróides, ciclobenzaprina e opióides, nunca receitados por 62,7%, 56,9%, 54,9% e 49% dos clínicos, respectivamente.

Blotman et al. verificou no seu estudo uma maior prescrição de analgésicos (por 77% dos médicos MGF), seguidos dos SSRI's (55%) e anti-depressivos tricíclicos (42%).<sup>27</sup>

De acordo com as evidências científicas já enumeradas, verifica-se que os médicos deste estudo estão a fazer um uso desnecessário dos AINE's e magnésio, já que não têm demonstrado eficácia na FM. Além disso, não estão a utilizar com frequência dois fármacos que têm evidenciado boa eficácia, como é o caso do milnaciprano e a ciclobenzaprina. Também não se verificou uma maior prescrição das duas MF com evidências de maior eficácia (amitriptilina e ciclobenzaprina). Em concordância com as guidelines descritas, verifica-se que prescrevem com menor frequência os corticosteróides e opióides.

A educação do paciente surge como a MNF mais recomendada no presente estudo. Esta medida é recomendada pelas guidelines da APS (evidência nível B) e existem vários estudos que confirmam o seu valor no prognósticos dos pacientes fibromiálgicos<sup>72-77</sup> A este respeito, a DGS recomenda que após o diagnóstico, se deva explicar aos doentes a natureza da doença e o seu bom prognóstico, e identificar factores de alívio e agravamento.

Apesar da maioria dos médicos (80,5%) recomendarem o apoio psicológico a >55% dos pacientes, foram poucos (5,9%) os que mencionaram referenciar pacientes a consulta de Psicologia. Este padrão de comportamentos, também foi verificado num estudo, que verificou que apesar de os médicos associarem a síndrome de fadiga crónica a factores biológicos, sociais e psicológicos, não referenciavam os doentes para intervenções psicológicas.<sup>78</sup>

A fisioterapia (85%), a natação (78%) e os exercícios de relaxamento (74%), foram as três medidas não farmacológicas mais recomendadas pelos clínicos gerais, no estudo francês.<sup>27</sup>

Contudo, nenhum dos tratamentos enumerados consegue isoladamente responder às necessidades globais dos fibromiálgicos e, mesmo quando usado tratamento combinado, ainda estão por definir quais as combinações mais benéficas para determinado indivíduo.<sup>66-69</sup> Por este motivo seria importante pesquisar quais as práticas de prescrição/recomendações terapêuticas que os médicos MGF utilizam face a indivíduos com determinados perfis de características.

Ainda não está definido em que nível de cuidados os doentes com FM devem ser tratados e orientados. Uma meta-análise recente, demonstrou não existirem diferenças na evolução clínica dos pacientes segundo o nível de cuidados em que são tratados.<sup>79</sup> Razões como a necessidade de um tratamento multimodal e de acompanhamento ao longo do tempo, dado que a sintomatologia é múltipla e com tendência a variar, são apontadas por Shir and Fitzcharles, no sentido de privilegiar os CSP.<sup>24</sup> As normas da DGS e as guidelines da APS, recomendam que a generalidade dos

doentes deve ser orientada nos CSP.<sup>11,22</sup> Contudo, em caso de ineficácia terapêutica e/ou intolerância medicamentosa, a DGS sugere referência à Reumatologia para reavaliação e eventual orientação terapêutica, o que pode ocorrer em 60 a 70% dos pacientes (Ref. DGS).<sup>11</sup> A APS também aconselha a referência dos casos refractários à Psiquiatria, Fisiatria e Consulta de Dor.<sup>22</sup>

Os médicos deste estudo consideram que a Reumatologia, a MGF e a Medicina Interna, são por esta ordem, as especialidades que por norma têm mais conhecimentos clínicos para efectuar o diagnóstico inicial de FM e devem ser as responsáveis pelo seguimento. Estes padrões de referência estão de acordo com os de outros estudos<sup>16,54,57</sup>, que referem que o diagnóstico de FM é realizado pelos reumatologistas em 42,4% dos casos, por médicos de MGF em 23,2% e internistas em 12,2%.

Seja para confirmação de diagnóstico, quer para tratamento/monitorização dos doentes diagnosticados com FM, a maioria dos médicos elege a Reumatologia quando opta por referenciar. Blotman et al., independentemente do motivo ser diagnóstico ou terapêutico, verificou que os médicos MGF referenciavam 54,6% dos seus pacientes com FM à Reumatologia, 15,3% à Neurologia e 9,8% à Psiquiatria.<sup>27</sup>

A dor é um sintoma transversal aos doentes com FM e, verificou-se que apenas 11,8% dos médicos refere aplicar sistematicamente a escala visual analógica para quantificar a sua dor. Segundo a circular normativa nº 9 (2003) da DGS, consideram-se como boas práticas, a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor, à semelhança dos sinais vitais.<sup>80</sup> Na circular nº12 acrescenta que é essencial a comparação sistemática

dos seguintes parâmetros em relação às avaliações anteriores: nível de actividade; perfeccionismo; assertividade; capacidade de lidar com as dificuldades e o stress; sensibilidade à dor; depressão; alterações do sono e ansiedade/angústia.<sup>11</sup>

O presente estudo, estimou uma incidência de 1,36 casos/1.000, valor muito inferior à maioria das estimativas publicadas. Weir et al. calcularam, em 2006, uma incidência ajustada à idade de 6.88 casos/ 1.000 nos homens e 11.8 casos/1.000 nas mulheres.<sup>81</sup> Forseth et al., num estudo efectuada à população de mulheres com idades compreendidas entre os 26 e 55 anos, calculou uma incidência nas mulheres de 5.83/1.000.<sup>82</sup>

Este estudo está associado a alguns problemas metodológicos. Em relação à taxa de respostas dos vários CS, é insensato retirar conclusões dado terem sido aplicados métodos diferentes na distribuição dos questionários. No entanto, pode se concluir que no geral a taxa de resposta foi elevada, em comparação com estudos que utilizam o correio para contactar os profissionais.

Devido ao facto de ser uma amostra de conveniência, este estudo está sujeito aos enviesamentos inerentes. É possível que os participantes tenham especial interesse por esta síndrome. Além disso, existem limitações associadas à metodologia de recolha de dados através de questionários, dado que não foi possível confirmar as práticas descritas. Esta limitação poderá ser ultrapassada por estudos observacionais. Apesar de grande parte dos resultados estar de acordo com os estudos internacionais similares, e a amostra apresentar algumas características equiparáveis à população de

médicos de MGF portuguesa, a sua generabilidade deverá ser efectuada com precaução.

Apesar das limitações citadas, este estudo fornece informações relevantes no que respeita aos conhecimentos e práticas clínicas dos clínicos gerais relativamente à FM.

Aspectos positivos identificados neste estudo, incluem o muito bom reconhecimento desta afecção enquanto entidade nosológica, o bom conhecimento da sua definição enquanto síndrome, dos critérios ACR 1990, das principais manifestações clínicas e identificaram correctamente os corticosteróides como um dos fármacos com menor eficácia na FM e reconheceram que o tramadol apresenta maiores eficácias relativamente aos restantes analgésicos. Houve também um adequado reconhecimento de que esta síndrome pode justificar períodos de baixa ao trabalho.

Descreveram razoáveis práticas de prescrição terapêutica. Dado que demonstraram consenso de que a melhor abordagem da FM baseia-se no tratamento multimodal, referiram prescrever com menor frequência opióides e corticosteróides, que são desaconselhados e ineficazes na FM, respectivamente. Além disso, a MNF que aplicam com maior frequência, educação do paciente, é uma das MNF que demonstrou maiores evidências de eficácia (nível de evidência B).

A nível de conhecimentos verificaram-se algumas lacunas relativamente à eficácia das opções terapêuticas mais usadas e sobre o prognóstico da FM. Nomeadamente, Em relação às práticas clínicas, verificou-se uma sub-utilização da escala visual analógica da dor, uma elevada prescrição de AINE's e magnésio (fármacos sem evidências de eficácia na FM), um sub-diagnóstico desta síndrome e a requisição excessiva de

exames, que pode ser um reflexo de eventuais inseguranças diagnósticas. Estas últimas podem eventualmente explicar as elevadas taxas de referenciação descritas para confirmação diagnóstica (66,7% dos médicos referencia  $\geq 25\%$  dos pacientes para diagnóstico). Os profissionais possivelmente têm consciência dessas limitações diagnósticas, dado que 82,4% reconheceram necessitar informações adicionais sobre FM.

Com base nos resultados deste estudo considera-se importante que as entidades competentes, quer ao nível local quer ao nível nacional, combinem esforços no sentido de desenvolverem programas de formação dirigidos a estes profissionais, com o fim de melhorar os seus conhecimentos e as suas práticas clínicas em relação à fibromialgia. Sugerem-se, em especial, que sejam abordados os graus de eficácia das medidas terapêuticas disponíveis, divulgados os novos critérios de diagnóstico do ACR, que se pensa ser mais adequados para aplicação pelos clínicos gerais, e que sejam elaboradas recomendações quanto ao uso de investigação adicional. Indica-se para fins educativos, sessões clínicas apresentadas por especialistas externos ao CS e a realização de protocolos/guidelines, dado que foram as fontes de informação mais privilegiadas pelos inquiridos.

# Bibliografia

## Bibliografia

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
2. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, et al. EPISER Study Group: The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. *Ann Rheum Dis* 2001, 60:1040-1045.
3. Grünenthal Foundation, Spanish Society of Rheumatology: EPIDOR study: Epidemiological study of Pain in Spain Madrid: Edipharma; 2003.
4. Soriano E, Gelado MJ, Girona MR: Fibromyalgia: a Cinderella diagnosis. *Aten Primaria* 2000, 26:415-418
5. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, et al. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol*, 1995; 22 (2): 270-74
6. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28
7. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, et al. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. *Arthritis Rheum* 2009.
8. Lawrence RC, Hochberg MC, Kelsey JL, et al. Estimates of prevalence of selected arthritic and musculoskeletal diseases in the United States. *J. Rheumatol*, 1989;16:427-441.
9. Felts W, Yelin E: The economic impact of the rheumatic diseases in the United States. *J Rheumatol*, 1989; 16: 867-884.
10. Wood PHN, Badley EM: Rheumatic Disorders. In: Miller DL, Farmer RDT, eds. *Epidemiology of Diseases*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1982: 333-346.
11. Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 12/2004 - Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. [Online]. 2004 [cited 2010 Junho 6]; Available from: URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
12. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol* 2005;32:2063.
13. Reynolds DL, Chambers LW, Badley EM, et al. Physical Disability among Canadians Reporting Musculoskeletal Diseases. *J Rheumatol* 1992;19 (7):1020-1030.

14. Lee P, Helewa A, Smythe HA, et al. Epidemiology of Musculoskeletal Disorders (Complaints) and Related Disability in Canada. *J Rheumatol*, 1985;12:1169-1173.
15. Badley EH, Yoshida K, Webster G, et al. Ontario Health Survey 1990, Working Paper No. 5: Disablement and Chronic Health Problems in Ontario. Ministry of Health Ontario, 1993.
16. Bennett RM, Jones J, Turk DC, et al. Matallana L. An Internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:27.
17. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1995;22:2313-8.
18. Buskila D, Neumann L, Sibirski D, et al. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract* 1997;14:238-41.
19. Hughes G, Martinez C, Myon E, et al. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum* 2006;54:177–83.
20. White KP, Nielson WR, Harth M, et al. Does the label “fibromyalgia” alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum* 2002;47:260–5.
21. Woodward RV, Broom DH, Legge DG. Diagnosis in chronic illness: disabling or enabling: the case of chronic fatigue syndrome. *J R Soc Med* 1995;88:325–9.
22. Goldenberg D, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA* 2004. 19:2388-2394
23. Shleyfer E, Jotkowitz A, Karmon A. Accuracy of the Diagnosis of Fibromyalgia by Family Physicians: Is the Pendulum Shifting? *The Journal of Rheumatology* 2009; 36:170-173.
24. Shir and Fitzcharles. Editorial: Should Rheumatologists Retain Ownership of Fibromyalgia? *The Journal of Rheumatology* 2009; 36; 667-670.
25. Buskila D, Neumann L, Sibirski D, et al. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract* 1997;14:238-41
26. Indicadores de saúde. Médicos de Medicina Familiar por 100 000 habitantes. [Online]. 2009 [cited 2010 Junho 6]; Available from: URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/sistema-de-saude/medicos-de-medicina-familiar-por-100-000-habitantes/>

27. Blotman F, Thomas E, Myon E, et al. Awareness and knowledge of fibromyalgia among French rheumatologists and general practitioners. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23:697-700.
28. Kumar P, Pullar T. Perceptions of fibromyalgia among rheumatologists in Scotland. *Rheumatology* 2004; 42 suppl 1:60. Abstract 128.
29. Arshad A, Kong KO. Awareness and perceptions of fibromyalgia syndrome: a survey of Malaysian and Singaporean rheumatologists. *Singapore Med J* 2007; 48: 25-30
30. Bohr T. Problems with myofascial pain syndrome and fibromyalgia syndrome. *Neurology*.1996;46:593-597.
31. Hadler NM. If you have to prove that you are ill, you can't get well: the object lesson of fibromyalgia. *Spine*. 1996;21:2397-2400.
32. Kroenke K, Harris L. Symptoms research: a fertile field. *Ann Intern Med*. 2001;134:801-802.
33. Masuko K, Nakamura H: Functional somatic syndrome: how it could be relevant to rheumatologists. *Mod Rheumatol* 2007, 17:179–184.
34. Tariot P, Yocum D, Kalin N. Psychiatric disorder in fibromyalgia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:812-3.
35. Uveges JM, Parker JC, Smarr KL, et al. Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress and sleep disturbance. *Arthritis Rheum* 1990; 33:1279-83.
36. Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1,522 patients. *J Rheumatol*. 1991;18:1552-1557.
37. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129–136.
38. Reisine S, Fifield J, Walsh S, et al. Employment and Health Status Changes Among Women With Fibromyalgia: A Five-year Study. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2008. 59: 1735–1741
39. Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1996;39:682–5.
40. Bengtsson A, Backman E, Lindblom B, et al. Long term follow-up of fibromyalgia patients: clinical symptoms, muscular function, laboratory tests. An eight year comparison study. *J Musculoskelet Pain* 1994;2:67–80.

41. Mengshoel AM, Haugen M. Health status in fibromyalgia: a followup study. *J Rheumatol* 2001;28:2085–9.
42. Poyhia R, Da Costa D, Fitzcharles MA. Pain and pain relief in fibromyalgia patients followed for three years. *Arthritis Rheum* 2001;45:355–61.
43. Fitzcharles MA, Da Costa D, Poyhia R. A study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favorable outcome. *J Rheumatol* 2003;30:154–9.
44. Nampiaparampil DE, Shmerling RH. A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care* 2004;10:794–800.
45. Liedberg GM, Burckhardt CS, Henriksson CM. Young women with fibromyalgia in the United States and Sweden: perceived difficulties during the first year after diagnosis. *Disabil Rehabil* 2006;28:1177–84.
46. Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 27/2003 - Fibromialgia. [Online]. 2003 [cited 2010 Junho 6]; Available from: URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular03DGS.pdf>
47. Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia syndrome: assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol*. 1994; 21:523-529.
48. Wolfe F. The fibromyalgia problem. *J Rheumatol*. 1997;24:1247-1249.
49. Wigers SH. Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events: a 4.5 year prospective study. *J Psychosom Res*. 1996;41:235-
50. Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA. Pain, functional disability, and psychological status: a 12- month study of severity in fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1988;15:1551-1556.
51. Fitzcharles MA, Boulos P. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:263–7.
52. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals Rheumatic Dis* 1997;56:268-71.
53. Aaron LA, Buchwald D. Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and comorbid unexplained clinical conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:563–74.
54. Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:685–701.

55. Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? [editorial]. *Arthritis Rheum* 2002;46:1136–8.
56. Wessely S, Hotopf M. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 1999;13:427–36.
57. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med* 1999;159:777–85.
58. Wolfe F; Clauw DJ. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. 2008
59. Katz RS, Wolfe F, Michaud K. Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and ACR criteria. *Arthritis Rheum* 2006;54: 169-76.
60. Branco, JC., Cardoso, A., Costa, MM., & Silva, JA. 2005, Regras de Ouro em Reumatologia, Direcção Geral da Saúde, Lisboa, pp. 39-48.
61. Atzeni F, Salaffi F, Bazzichi L. The evaluation of the fibromyalgia patients. *Reumatismo*, 2008;60:36-49
62. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician*.2007.15;76(2):247-254.
63. Taylor J, Skan J, Erb N, et al. Lupus patients with fatigue-is there a link with fibromyalgia syndrome? *Rheumatology (Oxford)* 2000; 39:620-3.
64. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:536-41.
65. Goldenberg DL. Pharmacologic treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21:499–511.
66. Guymer EK, Littlejohn GO. Fibromyalgia: Diagnosis and Management. *ACO* 2002; 10(2):81-84.
67. Nampiaparampil DE, Shmerling RH. A Review of Fibromyalgia. *The American Journal of Managed Care* 2004; 10(11):794-800.
68. Lawson K. Treatment options and patient perspectives in the management of fibromyalgia: future trends. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008. 4(6):1059-1071.
69. Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, et al. Treatment Strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where Are We Now?. *Semin Arthritis Rheum* 2008; 37: 353-365.

70. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia: a randomized, doubleblind clinical trial. *Arthritis Rheum.*1994;37(1):32-40.
71. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG: Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2004, 51:9-13.
72. Burckhardt CS, Bjelle A. Education programmes for fibromyalgia patients: description and evaluation. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8:935-55.
73. Gowans SE, Hueck A, Voss S, et al. A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1999;12:120-8.
74. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain* 1991;44:263-9.
75. Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmen M, et al. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study. *J Rheumatol* 2000;27:2473-81.
76. Rikli RE, Edwards DJ. Effects of a three-year exercise program on motor function and cognitive processing speed in older women. *Res Q Exerc Sport* 1991;62:61-7.
77. Vlaeyen JW, Teeken-Gruben NJ, Goossens ME, et al. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. I. Clinical effects. *J Rheumatol* 1996;23:1237-45.
78. Raine R, Carter S, Sensky T, et al. General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study. *BMJ.* 2004; 328:1354-7.
79. Garcia-Campayo J, Magdalena J, Magallón R et al. A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care. *Arthritis Research & Therapy* 2008, 10:R81
80. Direcção Geral da Saúde. Circular normativa nº 9 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003
81. Weir PT; Harlan GA; Nkoy FL; et al. The Incidence of Fibromyalgia and Its Associated Comorbidities: A Population-Based Retrospective Cohort Study Based on International Classification of Diseases, 9th Revision Codes. *Journal of Clinical Rheumatology* 2006; 12:124-128
82. Forseth K; Gran JT; Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 years. *British Journal of Rheumatology* 1997;36:1318-1323.

# **Anexos**

# **Anexo 1.**

*Critérios para a classificação da 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.

## **Anexo 2.**

*Critérios preliminares para o diagnóstico da 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.

# **Anexo 3.**

*Questionário*

---

Este questionário insere-se num trabalho de investigação a decorrer no âmbito da minha dissertação de mestrado em Medicina, na Universidade da Beira Interior, sob o tema "Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas clínicas dos médicos de Medicina Geral e Familiar em relação à fibromialgia". Para tal venho solicitar a sua colaboração.

Por favor, responda da forma que melhor corresponde à sua prática clínica habitual e não deixe nenhuma questão por responder. O inquérito é anónimo e as respostas são absolutamente confidenciais. Se desejar, poderá ser informado(a) dos resultados deste estudo.

Obrigado pela sua colaboração,

A aluna,  
Ângela Daniela Costa

### **Dados pessoais**

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: M  F

Ano de formatura: 19\_\_\_\_200\_\_\_\_

Exerce no Centro Saúde de: \_\_\_\_\_  Especialista  Interno da especialidade

1. Estime o número de pacientes que diagnosticou com Fibromialgia (FM) no último ANO: \_\_\_\_\_
2. Quantos utentes tem no seu ficheiro? \_\_\_\_\_

### **Conceitos**

1. Considera que a FM é:  Uma doença  Uma síndrome  Não existe  Não sei
2. Considera que a FM é um distúrbio:  
 Orgânico  Psicológico  Psicossomático  Não sei
3. Conhece os critérios de FM do Colégio Americano de Reumatologia (1990)?  
 Não  Conheço, mas NÃO os utilizo para orientar o diagnóstico  Conheço e utilizo para orientar o diagnóstico
4. Conhece os pontos dolorosos à pressão, característicos da FM?  
 Não  Conheço, mas não os sei pesquisar  Sei pesquisá-los, mas não utilizo na prática clínica  
 Utilizo na prática clínica

5. Na sua opinião clínica, em que medida as seguintes manifestações são, ou não, sugestivas de FM?

	Não sugestivo	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente sugestivo
5.1 Dores persistentes nos 2 membros superiores e inferiores e axiais (pescoço, costas ou tórax).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Tumefacção das articulações dolorosas, de consistência mole ou elástica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Dor à pressão em 5 dos pontos dolorosos da FM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Dor à pressão em 18 dos pontos dolorosos da FM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Dores generalizadas persistentes desde há 1 mês.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Dores generalizadas persistentes desde há mais de 3 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Cansaço caracterizado por dispneia de esforço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Cansaço caracterizado por fadiga crónica, quer faça ou não esforços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9 Fadiga matinal, acordando mais cansada(o) do que ao deitar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Na sua opinião qual é a base de tratamento da FM?

- Farmacológico
- Medidas não Farmacológicas
- Combinação das medidas anteriores

7. Classifique, de 0 (NENHUMA) a 5 (MUITO BOA), a eficácia que espera dos seguintes fármacos no alívio dos sintomas da FM:

	0	1	2	3	4	5	Desconheço
Analgésicos simples (p. ex. Paracetamol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiinflamatórios não esteróides (clássicos e coxibes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticosteróides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramadol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiáceos fortes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaxantes musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ciclobenzaprina (Flexiban <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amitriptilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos serotoninérgicos [p. ex. Fluoxetina (Prozac <sup>®</sup> )]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregabalina (Lyrica <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos de acção dual [p. ex. Duloxetina (Cymbalta <sup>®</sup> )]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Relativamente ao prognóstico da FM, assinale as seguintes afirmações como V (Verdadeiras) ou F (Falsas):**

	V	F
8.1 Reduz a esperança de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Causa deformações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Tem tendência a agravamento progressivo das queixas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Justifica períodos de baixa ao trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 A reforma por doença pode permitir melhoria dos sintomas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Em relação ao diagnóstico e seguimento dos doentes com fibromialgia, seleccione a(s) opção(ões) que considera mais indicada(s):**

	Fisiatria	Med. Interna	Medicina Geral e Familiar	Neurologia	Ortopedia	Psiquiatria	Reumatologia	Psicologia
9.1 Que especialidade(s) acha que, por norma, têm conhecimentos clínicos para fazer o DIAGNÓSTICO de FM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Que especialidade considera que deverá orientar o SEGUIMENTO da generalidade dos doentes com FM. (seleccione APENAS UMA OPÇÃO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Diagnóstico

1. Assinale os *exames auxiliares de diagnóstico* que geralmente requisita face a uma hipótese de diagnóstico de FM. Notas: considere os exames requisitados em conjunto ou sequencialmente no sentido de confirmar/excluir o diagnóstico.

Hemograma	<input type="checkbox"/>	VS e/ou PCR	<input type="checkbox"/>	Ecografia dos tecidos moles	<input type="checkbox"/>
Creatinina/ Ureia sérica	<input type="checkbox"/>	ANA	<input type="checkbox"/>	Aspiração de líquido articular	<input type="checkbox"/>
CPK	<input type="checkbox"/>	Factores Reumatóides	<input type="checkbox"/>	Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>
Função hepática: TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina	<input type="checkbox"/>	HLA-B27	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>
Perfil lipídico	<input type="checkbox"/>	Anti-CCP	<input type="checkbox"/>	RM	<input type="checkbox"/>
Glicémia	<input type="checkbox"/>	Análise sumária da urina	<input type="checkbox"/>	Electromiograma	<input type="checkbox"/>
T3,T4, TSH	<input type="checkbox"/>	Rx das articulações sintomáticas	<input type="checkbox"/>	Outro(s)_____	

2. Que proporção dos doentes com hipótese clínica de FM, referencia a outra(s) especialidade(s), para confirmação do diagnóstico?

Nenhum  Menos de 25%  25-50%  51-75%  76-99%  Todos

3. A que outra(s) especialidade(s) referencia os doentes com hipótese clínica de FM, para confirmação do diagnóstico?

Fisiatria  Medicina Interna  Neurologia  Ortopedia  Psiquiatria  Reumatologia  
 Outro(s)\_\_\_\_\_

4. Que proporção dos doentes com diagnóstico de FM, referencia a outra(s) especialidade(s), para monitorização e tratamento?

Nenhum  Menos de 25%  25-50%  51-75%  76-99%  Todos

5. A que outra(s) especialidade(s) referencia os doentes com diagnóstico de FM, para monitorização e tratamento?

Fisiatria  Medicina Interna  Neurologia  Ortopedia  Psiquiatria  Reumatologia  
 Psicologia  Outro(s)\_\_\_\_\_

6. Costuma aplicar a escala visual analógica para quantificar a dor dos doentes com FM?

Sempre  Por vezes  Nunca

## Tratamento

1. Assinale a frequência com que recomenda aos seus doentes com FM, as seguintes medidas de tratamento.

	nunca	raramente (<25% dos casos)	alguns casos (25-54%)	frequentemente (54-75% dos casos)	na maioria dos casos (75-100%)
<b>TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS</b>					
Amitriptilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclobenzaprina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramadol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramadol+Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opióides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticóides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AINES/ Coxibes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoxetina e similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milnacipran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duloxetina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregabalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiolíticos/hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnésio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS</b>					
Apoio psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natação/Hidroginástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treino de Força	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercício aeróbio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercícios de relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapias alternativas (ex.Acupunctura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Considera que necessita de informações adicionais sobre FM?  Sim  Não

OBRIGADO PELA SUA PRECIOSA COLABORAÇÃO!