



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia nos Cuidados de Saúde Primários

Joana Maria Araújo Correia

Orientado por:

Professora Doutora Cristina Maria Pires Ribeiro

Maio' 2021

Resumo

Introdução: A Fibromialgia é uma doença crónica caracterizada frequentemente por dor músculo-esquelética generalizada, acompanhada de fadiga, sono não reparador, alterações cognitivas, entre outros sintomas. Apesar de não reduzir a esperança de vida, tem uma repercussão significativa na qualidade de vida dos pacientes e condiciona o agravamento das suas comorbilidades.

Os Médicos de Família constituem, na maioria dos casos, o primeiro ponto de contacto, dispondo de uma posição privilegiada para uma abordagem diagnóstica atempada. Todavia, a presença de uma longa lista de diagnósticos diferenciais e a ausência de achados característicos nos exames laboratoriais e de imagem tornam a concretização do diagnóstico desafiante e, particularmente, difícil.

Objetivos: Pretendo reunir informação relevante acerca da marcha diagnóstica da Fibromialgia e expor alguns Critérios Diagnósticos recentemente publicados, que possam ser aplicados no reconhecimento da doença nos Cuidados de Saúde Primários. Esta Revisão Narrativa poderá auxiliar os Médicos de Família na sua prática clínica e contribuir, em parte, para a redução do subdiagnóstico, da requisição excessiva de exames e da referenciação rotineira dos doentes para outras especialidades.

Metodologia: A revisão da bibliografia foi realizada através da leitura de artigos publicados na *PubMed* e na *B-On*, pesquisa de informação em bases de dados médicas e consulta de *Guidelines*, Normas de Orientação Clínica e páginas da *internet* consideradas relevantes para o tema.

Conclusão: O diagnóstico da Fibromialgia é clínico, baseando-se na anamnese e no exame físico. De entre os critérios de diagnóstico mais recentes, é de destacar a Revisão de 2016 dos Critérios do *American College of Rheumatology* e os Critérios da ACTION-APS Pain Taxonomy de 2019. Apesar de todos os avanços na área da Fibromialgia, sabe-se que a doença permanece subdiagnosticada e estigmatizada, sendo necessária uma investigação contínua, com vista à sua legitimação e aceitação completa.

Palavras-Chave: Fibromialgia, Dor Crónica Generalizada, Cuidados de Saúde Primários, Diagnóstico, Critérios de Diagnóstico.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia is a chronic disease often characterized by widespread musculoskeletal pain, accompanied by fatigue, unrefreshing sleep, cognitive problems, among other symptoms. Although it does not reduce life expectancy, it has a significant impact on the quality of life of patients and contributes to the aggravation of their comorbidities.

Family Physicians are in most cases the first point of contact and are in a privileged position for a timely diagnostic approach. However, the presence of a long list of differential diagnoses and the absence of characteristic findings in laboratory and imaging examinations make the diagnosis challenging and particularly difficult.

Objectives: I intend on compiling relevant information about the diagnostic approach to Fibromyalgia and expose some recently published Diagnostic Criteria that can be applied in the recognition of the disease in Primary Health Care. This Narrative Review may help Family Physicians in their clinical practice and contribute, in part, to the reduction of underdiagnosis, excessive requests for tests and routine referral of patients to other specialties.

Methodology: The literature review was conducted by reading articles published in PubMed and B-On, searching for information in medical databases and consulting clinical guidelines and websites considered relevant to the topic.

Conclusion: The diagnosis of Fibromyalgia is clinical, based on the medical history and physical examination. Among the most recent diagnostic criteria, we can highlight the 2016 Revision of the American College of Rheumatology Criteria and the 2019 ACTION-APS Pain Taxonomy Criteria. Despite all the advances in the area of Fibromyalgia, it is known that the disease remains underdiagnosed and stigmatized, therefore continuous research is needed, with a view to its full legitimization and acceptance.

Key Words: Fibromyalgia, Chronic Widespread Pain, Primary Health Care, Diagnosis, Diagnostic Criteria.

Índice Geral

Introdução	10
Importância dos Cuidados de Saúde Primários na Fibromialgia	13
Enquadramento da Fibromialgia	15
Evolução Histórica	15
Epidemiologia	16
Fisiopatologia.....	18
Fatores de Risco.....	19
Apresentação Clínica	20
Comorbilidades.....	21
Abordagem Diagnóstica.....	23
Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia.....	24
Critérios de Diagnóstico Oficiais do <i>American College of Rheumatology</i> e Subsequentes Revisões	25
Limitações dos Critérios de Diagnóstico do ACR para a Fibromialgia e das Suas Subsequentes Revisões	30
Critérios de Diagnóstico da ACTION-APS Pain Taxonomy.....	32
Diagnóstico Diferencial.....	35
Meios Complementares de Diagnóstico	40
Testes Laboratoriais.....	40
Exames de Imagem.....	41
Exames Adicionais	42
Circunstâncias nas quais pode ser considerada a Referenciação para Outras Especialidades.....	43
Fibromialgia: uma doença que permanece subdiagnosticada	44

Conclusão.....	45
Agradecimentos	47
Referências Bibliográficas	48
Bibliografia.....	50

Índice de Figuras

Figura 1. Localização dos dezoito pontos específicos, contemplados nos Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia de 1990 do ACR.....	25
Figura 2. Delimitação das áreas do corpo suscetíveis à presença de dor, segundo os Critérios de Diagnóstico da AAPT.	34

Índice de Tabelas

Tabela 1. Critérios de Diagnóstico para a Fibromialgia publicados por Wolfe et al. na Revisão de 2016.....	27
Tabela 2. Critérios de Diagnóstico para a Fibromialgia da AAPT	33
Tabela 3. Doenças a ter em conta no Diagnóstico Diferencial da Fibromialgia e respetivas características.....	36
Tabela 4. Testes Laboratoriais para a Avaliação Inicial dos doentes com Fibromialgia e respetiva Utilidade	41

Lista de Abreviaturas

AAPT	<i>ACTTION-APS Pain Taxonomy</i>
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
ACTTION	<i>Analgesic, Anesthetic and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks</i>
APS	<i>American Pain Society</i>
CPS	<i>Canadian Pain Society</i>
CRA	<i>Canadian Rheumatology Association</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EURACT	<i>European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine</i>
FDA	Food and Drug Administration
OMS	Organização Mundial de Saúde
SSS	Symptom Severity Scale
WPI	Widespread Pain Index

Introdução

A Fibromialgia é uma doença crónica que se caracteriza, frequentemente, por dor músculo-esquelética generalizada, acompanhada de fadiga, sono não reparador, alterações cognitivas, entre outros sintomas (Higgs, 2018).

Apesar de não reduzir a esperança de vida e de não causar deformações no corpo, a Fibromialgia conduz a um declínio do funcionamento social e profissional dos pacientes e condiciona um impacto negativo relevante na sua qualidade de vida (Gendelman et al., 2018). Provoca ainda o agravamento das suas comorbilidades, nomeadamente das Perturbações Afetivas, e dificulta o respetivo tratamento (Gendelman et al., 2018; Higgs, 2018).

O desânimo e frustração causados por esta condição levam os doentes a recorrer a vários médicos (uma média de 3,7) na tentativa de encontrarem um diagnóstico e uma solução para as suas queixas (Arnold et al., 2019).

Até lhes ser atribuído o diagnóstico correto, decorrem, em média, 2 anos, nos quais realizam diversos exames, são rotulados com diagnósticos alternativos e passam por tentativas de tratamento falhadas (Higgs, 2018).

Todo este intervalo de tempo que decorre desde o aparecimento das primeiras queixas e a realização do diagnóstico definitivo acarreta um impacto económico substancial para a sociedade, quer pela utilização excessiva de recursos (consultas e exames médicos), quer pela baixa produtividade dos pacientes nos locais de trabalho (Bair & Krebs, 2020).

A atribuição do diagnóstico definitivo de Fibromialgia, por si só, proporciona uma sensação de alívio e reconforto nos seus pacientes. Estes veem os seus sintomas subjetivos legitimados e sentem-se mais capazes para lidar com o seu estado de saúde (Häuser et al., 2019). Além disso, a concretização do diagnóstico é crucial para a delimitação de um plano terapêutico adequado (Gendelman et al., 2018).

Pela sua maior proximidade e acessibilidade, os Médicos de Família dispõem de uma posição privilegiada para uma abordagem diagnóstica atempada e para um acompanhamento contínuo no tempo (Bair & Krebs, 2020). No entanto, os Especialistas de Medicina Geral e Familiar continuam a lidar com uma panóplia de critérios de

diagnóstico publicados e informações controversas geradas por várias entidades (Higgs, 2018). Alguns Médicos de Família chegam a referir que os critérios de diagnóstico existentes são pouco claros, manifestando falta de confiança aquando do seu uso (Arnold et al., 2019).

A Fibromialgia ainda é encarada como um enigma na prática clínica uma vez que os seus sintomas não são específicos e a sua fisiopatologia não se encontra bem compreendida (Kumbhare et al., 2018). A presença de uma lista longa de diagnósticos diferenciais e a ausência de achados característicos nos exames laboratoriais e de imagem tornam toda a abordagem diagnóstica particularmente desafiante (Higgs, 2018). Apesar de não existir um algoritmo diagnóstico *standard* capaz de minimizar a incerteza inerente à realização do diagnóstico, as maiores dificuldades sentidas pelos Médicos de Família surgem, sobretudo, na seleção dos exames necessários para uma avaliação completa do doente (Higgs, 2018).

Com esta Revisão Narrativa, pretendo reunir informação relevante acerca da marcha diagnóstica da Fibromialgia e expor alguns Critérios Diagnósticos recentemente publicados, que possam ser aplicados ao reconhecimento da doença nos Cuidados de Saúde Primários. De forma a enquadrar a doença, explorarei brevemente a sua história, a sua epidemiologia, a fisiopatologia conhecida até ao momento atual e os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. Por fim, serão também abordados os exames complementares que devem ser solicitados numa primeira instância.

Este Trabalho poderá constituir uma ferramenta de apoio aos Médicos de Família aquando da sua prática clínica e, conseqüentemente, contribuir para a redução do subdiagnóstico, da requisição de exames desnecessários e da referenciação rotineira de pacientes para outras especialidades.

O Trabalho foi realizado com base em informação proveniente de artigos redigidos nas línguas Portuguesa e Inglesa, publicados na *PubMed* e na B-On (Biblioteca de Conhecimento Online), desde o ano 2010 até ao ano 2021, utilizando os seguintes termos de pesquisa: *fibromyalgia*, *fibromyalgia syndrome*, *chronic pain*, *chronic pain syndrome*, *chronic widespread pain*, *primary care*, *primary health care*, *family medicine*, *family physician*, *diagnosis*, *diagnostic criteria*. Foram ainda consultados alguns artigos

mais antigos, publicados previamente ao intervalo de tempo indicado, por serem pertinentes para o tema em análise. Para além dos artigos, foram consultadas bases de dados médicas como a *UpToDate* e a *Dynamed, Guidelines*, Normas de Orientação Clínica assim como páginas da *internet* consideradas relevantes para o tema.

Importância dos Cuidados de Saúde Primários na Fibromialgia

Os CSP assumem um papel de enorme relevância na abordagem de todos os utentes e, em particular, dos pacientes com Fibromialgia por razões várias. É de salientar que os doentes com Fibromialgia seguidos nos CSP apresentam um melhor prognóstico comparativamente àqueles que são referenciados para os Cuidados Hospitalares (Bair & Krebs, 2020).

Os CSP apresentam competências únicas e, algumas delas, exclusivas da Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Tais competências encontram-se enumeradas na *Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar* (Allen et al., 2005), desenvolvida pela EURACT, e serão exploradas adiante.

Em primeiro lugar, os Especialistas de Medicina Geral e Familiar constituem normalmente o primeiro ponto de contacto médico dentro do Sistema de Saúde. Por conseguinte, dispõem de uma posição privilegiada e propícia a uma abordagem diagnóstica atempada, perante um doente que se apresente com um quadro sugestivo de Fibromialgia.

Os CSP proporcionam um acesso aberto e ilimitado aos utentes, independentemente da idade e do sexo, tendo, desta forma, a oportunidade de lidar com as várias faixas etárias afetadas pela Fibromialgia, que atinge quer as crianças e jovens, quer os indivíduos mais idosos, homens ou mulheres.

Ao contrário da maioria das especialidades, cujo contacto com o doente é pontual, a Medicina Geral e Familiar presta cuidados continuados ao longo do tempo. Este acompanhamento longitudinal é especialmente importante na Fibromialgia uma vez que se trata de uma doença crónica que raramente atinge a remissão completa, que tem um curso frequentemente pautado por exacerbações periódicas (Higgs, 2018) e que requer uma monitorização regular da gravidade dos sintomas, da adesão e da resposta ao tratamento (Bair & Krebs, 2020). A prestação de cuidados continuados não só permite o acompanhamento da evolução da doença, como também o estabelecimento e consolidação de uma relação médico-doente. Esta relação médico-doente tem, por si só, um valor terapêutico.

Os CSP desenvolvem uma abordagem centrada no paciente. Tentam compreender a forma como o utente encara a sua doença, dando importância às suas crenças, aos seus medos, às suas expectativas e às suas necessidades. Além da atenção prestada ao indivíduo, os CSP têm igualmente em consideração as circunstâncias envolventes, nomeadamente o contexto de vida do indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere. A natureza multifacetada da Fibromialgia, a variabilidade inter e intra-individual dos seus sintomas e a imprevisibilidade das suas consequências nas diferentes esferas da vida (familiar, social ou profissional) exigem uma visão integrada e personalizada dos seus doentes que a Medicina Geral e Familiar pode oferecer.

Os Especialistas de Medicina Geral e Familiar lidam em simultâneo com múltiplas queixas e com diversos problemas, agudos e crónicos, não se limitando à gestão da doença atual. Esta visão abrangente é particularmente relevante nos pacientes com Fibromialgia uma vez que é comum possuírem várias comorbilidades, pertencentes ao foro reumatológico, ao foro psiquiátrico, entre outros (Arnold et al., 2019).

Os Médicos de Família avaliam cada doente de forma holística e interpretam cada problema de saúde à luz do modelo biopsicossocial, valorizando as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Por fim, os Especialistas de Medicina Geral e Familiar encontram-se sensibilizados para a gestão eficiente dos recursos de saúde, protegendo assim os pacientes do prejuízo resultante de rastreios, exames e tratamentos desnecessários, e que frequentemente se verifica nos pacientes com Fibromialgia. Além disso, assumem um papel essencial na coordenação de cuidados, assegurando, sempre que necessário, a referência dos pacientes a outras especialidades.

Enquadramento da Fibromialgia

Evolução Histórica

A Fibromialgia é uma doença já há muito tempo descrita na literatura médica, não constituindo uma entidade clínica recente. No ano 410 a.C., Hipócrates já teria desenvolvido uma teoria sobre a influência do cérebro na origem da dor, curiosamente próxima do mecanismo de hipersensibilidade central atualmente conhecido (Higgs, 2018).

Ao longo dos anos, foram surgindo vários termos para designar a doença, consoante o mecanismo fisiopatológico em vigor.

Em 1642, Guillaume de Baillou atribuiu o termo “Reumatismo Muscular” (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Em 1906, W.R. Gowers usou o termo “Fibrosite” para descrever o quadro caracterizado pelo aparecimento de dor aquando do toque dos músculos com as pontas dos dedos, defendendo que tal dor se devia a um processo de inflamação do tecido fibroso. Este mesmo autor também verificou a presença de dor espontânea, de hipersensibilidade à pressão mecânica e de sintomas acompanhantes como fadiga e perturbações do sono. Esta teoria acabou por ser refutada através da realização de biópsias de tecido muscular que não evidenciaram qualquer inflamação (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Em 1947, E.W. Boland propôs o termo “Reumatismo Psicogénico”, defendendo que a doença se cingia à expressão músculo-esquelética de perturbações funcionais, estados de stress ou psiconeurose (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Vários outros termos foram utilizados até que, em 1976, surgiu pela primeira vez o termo “Fibromialgia”, atribuído por P.K. Hench e amplamente usado até hoje (Higgs, 2018).

A Fibromialgia apenas adquiriu reconhecimento social e académico através da publicação dos Critérios de Classificação da Fibromialgia do *American College of Rheumatology* em 1990 (Frederick Wolfe, 2020).

Em 1992, a Fibromialgia foi reconhecida pela OMS como uma doença do foro reumatológico e passou a estar contemplada na Classificação Internacional de Doenças (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Na 10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, que vigora atualmente, a Fibromialgia encontra-se inserida no Capítulo XIII - Doenças do Sistema Músculo-Esquelético e do Tecido Conjuntivo, na Categoria de “Outras Doenças dos Tecidos Moles”, tendo o código M.79.7.

Em maio de 2019, a OMS lançou a 11.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças que entrará em vigor a 1 de janeiro de 2022. Segundo esta nova Classificação, as Dores Crónicas passarão a ser consideradas como uma doença *per se*. A Fibromialgia, por sua vez, passará a estar incluída na Categoria de “Dor Crónica Generalizada”, com o código MG 30.01. Esta mudança visa distinguir a dor crónica primária da dor enquanto sintoma secundário a uma doença subjacente (Maffei, 2020).

Nos CSP, a codificação médica dos problemas de saúde, motivos de consulta e procedimentos é realizada tendo em conta a 2.ª Edição da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Nesta Classificação, a Fibromialgia insere-se no Capítulo Músculo-Esquelético, mais concretamente na Dor Muscular, sendo codificada por L18.

Epidemiologia

A Fibromialgia atinge várias faixas etárias, podendo ocorrer em crianças, adolescentes ou adultos (Fitzcharles et al., 2013). A prevalência da Fibromialgia aumenta com a idade, atingindo um pico na meia-idade (entre os 50 e os 59 anos), e sofre uma queda nos grupos mais idosos, particularmente acima dos 80 anos. A idade média de início está compreendida entre os 30 e os 50 anos (Arnold et al., 2019).

A nível mundial, estima-se que a Fibromialgia afete aproximadamente 2 a 4 % da população (Bair & Krebs, 2020). No entanto, admite-se que a prevalência da doença seja subestimada por se tratar de uma doença subdiagnosticada. Na tentativa de colmatar essa falha, têm sido desenvolvidos critérios de diagnóstico nos últimos anos. Todavia

sabe-se que os valores de prevalência podem variar até quatro vezes dependendo dos critérios de diagnóstico aplicados (Bair & Krebs, 2020).

A nível nacional, a taxa de prevalência específica da Fibromialgia é cerca de 1,7% (1,1% a 2,1%) do total das doenças reumáticas (Branco et al., 2016). Tais dados foram disponibilizados em 2016 pelo *Estudo EpiReumaPt*: o primeiro estudo epidemiológico nacional sobre as doenças reumáticas alguma vez feito em Portugal. Este teve como objetivo principal estimar a prevalência nacional das doenças reumáticas e musculoesqueléticas na população adulta Portuguesa. Além disso, permitiu determinar a frequência destas doenças crónicas no território nacional, verificar a sua distribuição pelo país, identificar o seu peso socioeconómico e estimar o impacto na qualidade de vida dos portugueses (Branco et al., 2016).

No entanto, sabe-se que a prevalência varia de país para país pois a forma como é estudada é diferente, os grupos de idades incluídos nos estudos são também diferentes e existem diferenças nas crenças socioculturais e nas normas (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

A distribuição do género na Fibromialgia é igualmente variável. Aplicando os critérios de diagnóstico de 2010 do ACR (Frederick Wolfe et al., 2010), verifica-se, na população em geral, uma predominância da Fibromialgia no sexo feminino num rácio de 2:1 em relação ao sexo masculino (Bair & Krebs, 2020).

Nos estudos clínicos, esta predominância é mais pronunciada, com um rácio entre o sexo feminino e o sexo masculino de 6:1 a 9:1 (Bair & Krebs, 2020). Tal discrepância pode dever-se, em parte, ao facto de as mulheres procurarem mais os cuidados de saúde por sua própria iniciativa e, no momento da anamnese, reportarem um maior número de sintomas comparativamente com os indivíduos do sexo masculino (Gota, 2021). Por outro lado, foram identificados vieses relativamente ao género que, eventualmente, estarão na origem da representação social da Fibromialgia enquanto doença da população feminina. Esta conotação tem repercussões nos pacientes masculinos que acabam por ser subdiagnosticados pelos profissionais de saúde, ou, quando diagnosticados, têm dificuldade em aceitar a doença devido ao estigma associado (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Por fim, aplicando a Revisão de 2016 dos Critérios de Diagnóstico do ACR, constata-se uma prevalência da Fibromialgia quase igual em ambos os sexos (Gota, 2021).

Fisiopatologia

Apesar da(s) causa(s) da Fibromialgia permanecerem pouco claras, os Médicos de Família devem estar sensibilizados para a complexidade desta questão e para o que se conhece atualmente acerca da sua fisiopatologia. Além disso, é importante educar o paciente no sentido de ser conhecedor dos mecanismos fisiopatológicos até então identificados, bem como das incertezas existentes (Higgs, 2018).

Durante décadas, verificaram-se opiniões divergentes relativamente aos mecanismos subjacentes à Fibromialgia, sendo até considerada por alguns profissionais de saúde como uma condição meramente psicogénica (Bair & Krebs, 2020). Tal visão desatualizada acabou por ser refutada através de estudos recentes que identificaram uma alteração da regulação e sensibilização central da dor assim como défices nos mecanismos inibitórios endógenos da dor (Bair & Krebs, 2020; Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020). A título de exemplo, estudos verificaram que os pacientes com Fibromialgia experienciavam dor e ativação das áreas cerebrais de processamento da dor quando expostos a estímulos de pressão que não era sentidos como dolorosos nos indivíduos do grupo controlo (Gota, 2021). Por conseguinte, os pacientes com Fibromialgia demonstram uma menor tolerância e um menor limiar para sentir dor (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

O uso de exames de imagem a nível cerebral, em particular da Ressonância Magnética Cerebral Funcional, permitiu um grande avanço na desmistificação da fisiopatologia da Fibromialgia, ao identificar diversas alterações do processamento e regulação da dor, responsáveis quer pela amplificação da dor, quer pela diminuição da sua inibição, em pacientes com Fibromialgia (Bair & Krebs, 2020; Gota, 2021). Tais alterações compreendem uma maior atividade neuronal nas regiões cerebrais de processamento da dor, respostas exageradas à dor perante a aplicação de estímulos,

modificações da morfologia cerebral, variações nos recetores periféricos e/ou cerebrais, assim como alterações dos níveis de neuropéptidos e/ou neurotransmissores relacionados com a dor como, por exemplo, a substância P, o fator neurotrófico derivado do cérebro, a glutamina e a dopamina (Bair & Krebs, 2020).

Todas estas alterações podem ainda condicionar o processamento de outros *inputs* sensoriais, o que poderá explicar a presença concomitante de sintomas somáticos nos doentes fibromiálgicos, tais como fadiga, perturbação do sono e problemas cognitivos (Bair & Krebs, 2020).

A nível periférico, embora não tenham sido observadas anomalias estruturais ou inflamatórias nos músculos, há evidência de aumento dos níveis de glutamato, piruvato e lactato nos mesmos e ainda de diminuição do número de fibras de pequeno calibre na pele, o que pode contribuir para o aumento da dor (Gota, 2021).

A Fibromialgia tem sido descrita como uma doença intimamente relacionada com o *stress*, resultando de uma falha do sistema adaptativo perante um ambiente hostil (Gota, 2021). Alguns eventos causadores de *stress* físico (como trauma pós-guerra, cirurgia, acidentes, infeções, gravidez, parto e abuso físico), certos eventos causadores de *stress* emocional (como abuso sexual e mental, conflitos, rejeição e divórcio) e determinados eventos da vida (como problemas financeiros, profissionais, sociais e familiares) têm sido relacionados com alterações duradouras na sensibilidade à dor (Gota, 2021).

O mecanismo exato de como a resposta ao *stress* desencadeia dor crónica necessita de mais investigação. Estudos clínicos têm demonstrado que as respostas mal adaptativas, tais como a catastrofização e as estratégias de *coping* passivas, perpetuam a resposta ao *stress*, podendo contribuir para a cronicidade da dor (Gota, 2021).

Fatores de Risco

Foram identificados vários fatores de risco associados ao desenvolvimento de Fibromialgia. Tais fatores de risco podem ser classificados em fatores não-modificáveis e modificáveis (Bair & Krebs, 2020).

São fatores não modificáveis o sexo feminino, os fatores genéticos, responsáveis pela componente hereditária e familiar da doença, e a presença de outras condições de dor crónica, entre as quais se destaca a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico (Bair & Krebs, 2020).

Os fatores de risco modificáveis incluem as perturbações do sono, a inatividade física e o excesso de peso ou obesidade. Um estudo longitudinal realizado em mulheres Norueguesas, publicado em 2019, concluiu que a insónia duplica o risco de Fibromialgia de início precoce, enquanto níveis elevados de atividade física são protetores. Chegou também à conclusão de que as mulheres com excesso de peso ou obesidade apresentavam mais 60-70% de probabilidade de desenvolver fibromialgia comparativamente às mulheres com peso normal (Bair & Krebs, 2020).

Apresentação Clínica

Os pacientes com Fibromialgia apresentam geralmente dor crónica (> 3 meses), ao nível dos músculos e das articulações (Bair & Krebs, 2020; Gota, 2021). A dor pode ser inicialmente generalizada ou pode ser restrita a regiões específicas como, por exemplo, o pescoço ou a região lombar (Bair & Krebs, 2020). A dor geralmente agrava com imobilização prolongada, com exercício intenso (Gota, 2021) e ainda com a exposição ao frio e humidade (Arnold et al., 2019). A região lombar encontra-se quase sempre afetada (Gota, 2021).

O quadro clínico caracteriza-se também pela presença de rigidez músculo-esquelética de duração superior a 1 hora, de intensidade variável, tipicamente mais severa de manhã ou após imobilização, com melhoria ao longo do dia e sem resposta a doses baixas ou moderadas de corticosteróides (Arnold et al., 2019; Gota, 2021).

Os pacientes frequentemente relatam outros sinais e sintomas acompanhantes que podem apoiar o diagnóstico, nomeadamente fadiga, perturbações do sono e alterações cognitivas. Relativamente à afeção cognitiva, destaca-se as alterações da memória, manifestadas por esquecimentos frequentes, alterações da concentração e

alterações do pensamento, que é descrito como desorganizado e lentificado (Arnold et al., 2019).

Sintomas somáticos, como cefaleias, tonturas, xeroftalmia e/ou xerostomia, dor abdominal, náuseas, diarreia alternada com períodos de obstipação, sensação de enfartamento, parestesias intermitentes, também são frequentemente referidos pelos pacientes (Bair & Krebs, 2020; Gota, 2021).

Outras queixas comuns mencionadas pelos doentes estão relacionadas com a hipervigilância ou hipersensibilidade ambiental, manifestada por intolerância a luzes brilhantes, a ruídos sonoros altos, a cheiros intensos e ao frio (Arnold et al., 2019; Gota, 2021).

O curso da doença é pautado por flutuações do quadro clínico ao longo do tempo, variando o número de sintomas presentes num determinado momento, a sua intensidade e o grau de incapacidade que condicionam (Häuser et al., 2019).

Ao Exame Objetivo, verifica-se uma hipersensibilidade à palpação dos tecidos moles (músculos, ligamentos e tendões) e das articulações, manobra que, em condições normais, não desencadearia dor (Gota, 2021). Nalguns pacientes, constata-se uma resistência à mobilização passiva dos membros, uma diminuição da amplitude dos movimentos e da mobilidade da coluna lombar aquando da flexão anterior do tronco, sendo estas limitações causadas pela presença de dor (Gota, 2021).

Comorbilidades

Existem várias doenças concomitantes que surgem com frequência nos indivíduos diagnosticados com Fibromialgia. Fazem parte das comorbilidades outras condições de dor crónica, doenças psiquiátricas, perturbações do sono, doenças reumáticas, entre outras (Arnold et al., 2019).

Relativamente às condições de dor crónica, verifica-se uma associação elevada entre a Fibromialgia e as Síndromes Somáticas Funcionais, nomeadamente a Enxaqueca ou as Cefaleias de Tensão, o Síndrome do Intestino Irritável, a Síndrome de Fadiga Crónica, a Cistite Intersticial (ou Síndrome da Bexiga Dolorosa), a Dor Pélvica Crónica e a Disfunção Temporomandibular. Esta associação surge eventualmente como resultado

da partilha do mecanismo fisiopatológico de sensibilização central (Bair & Krebs, 2020; Gota, 2021).

Dentro das Doenças Psiquiátricas, é de salientar as Perturbações do Humor (Perturbação Depressiva Major e Perturbação Bipolar), as Perturbações de Ansiedade (Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Stress Pós-traumático, Perturbação de Pânico e Fobia Social), as Perturbações de Personalidade e as Perturbações de Abuso de Substâncias (Arnold et al., 2019; Gota, 2021).

Em relação às Perturbações do Sono, distingue-se a Apneia Obstrutiva do Sono, a Síndrome das Pernas Inquietas e a Perturbação dos Movimentos Periódicos dos Membros (Bair & Krebs, 2020).

São várias as Doenças Reumáticas que podem surgir concomitantemente nos doentes com Fibromialgia e contribuir para a apresentação do quadro. Dentro deste grupo, destaca-se a Artrite Reumatóide, o Lúpus Eritematoso Sistémico, a Esclerodermia, a Síndrome de Sjogren e a Osteoartrite (Arnold et al., 2019). A presença de Fibromialgia acaba por prejudicar a avaliação da gravidade das restantes condições reumáticas e a resposta às respetivas terapêuticas (Bazzichi et al., 2020).

Por fim, foi identificada uma associação entre a Fibromialgia e a obesidade que, por sua vez, conduz a uma maior gravidade dos sintomas e a uma menor qualidade do sono (Arnold et al., 2019).

Abordagem Diagnóstica

O diagnóstico de Fibromialgia deve ser tido em consideração perante um doente que tenha dor músculo-esquelética generalizada com, pelo menos, 3 meses de duração (Gota, 2021). A maioria dos doentes apresenta-se vários anos após o aparecimento do quadro clínico. Por esta razão, o estabelecimento do diagnóstico deverá ser cauteloso perante um doente que se apresente após uma curta duração do quadro, uma vez que não existe nenhum sintoma específico da Fibromialgia e alguns sintomas poderão representar “*red flags*” sugestivas de outras doenças (Gota, 2021).

O diagnóstico é maioritariamente baseado na avaliação clínica, passando pela colheita da anamnese e pela realização do exame físico (Higgs, 2018).

Durante a anamnese, o médico deverá questionar a data de início do quadro, a sua evolução, os fatores de alívio e de agravamento assim como a presença de sintomas acompanhantes (Häuser et al., 2019). É importante ir orientando o doente na priorização dos sintomas uma vez que o mecanismo de hipersensibilidade central subjacente à Fibromialgia é propício à catastrofização (Higgs, 2018). O médico poderá ainda explorar os eventuais fatores desencadeantes que possam ter estado na origem do quadro e deverá documentar a história familiar, com foco nos parentes de 1.º grau, uma vez que a Fibromialgia apresenta uma componente familiar e hereditária (Häuser et al., 2019). Durante a anamnese, é igualmente importante questionar a medicação habitual do doente uma vez que alguns fármacos apresentam como efeitos adversos a presença de dor difusa, mialgias e artralguas. Alguns dos fármacos associados a estas queixas são as estatinas, os agentes de quimioterapia, os inibidores da aromatase e os bifosfonatos (Häuser et al., 2019). O médico deve também procurar pistas sugestivas de outras doenças, essenciais ao diagnóstico diferencial (Higgs, 2018).

O exame físico, por sua vez, deverá ser completo, porém com maior foco nas áreas mais sintomáticas (Higgs, 2018). O médico deverá descartar a presença de deformidades das articulações, de alterações neurológicas e de achados sugestivos de doença endócrina (Häuser et al., 2019). Apesar da maioria dos profissionais de saúde continuar a realizar a palpação dos pontos dolorosos específicos, é de salientar que esta

já não constitui uma indicação formal para a concretização do diagnóstico, segundo os critérios mais recentes (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Crítérios de Diagnóstico da Fibromialgia

Ao longo dos últimos anos, foram desenvolvidos vários critérios de diagnóstico com o intuito de facilitar o reconhecimento da Fibromialgia na prática clínica (Bair & Krebs, 2020).

Por não existirem, até à data, critérios de inclusão de diagnóstico em Portugal, a Norma da DGS número 017/2016, de 27/12/2016, atualizada a 13/07/2017, preconiza o uso dos descritos pelo *American College of Rheumatology* em 1990 e subseqüentes revisões, assim como os contemplados nas Normas Alemãs, Canadianas e Israelitas.

Neste Trabalho, serão expostos os critérios contemplados na Revisão de 2016 dos Critérios de Diagnóstico do ACR assim como os critérios publicados pela AAPT em 2019. Apesar das diferenças existentes, ambos identificam pacientes similares, sendo igualmente úteis na orientação do diagnóstico (Bair & Krebs, 2020).

Quanto ao diagnóstico da Fibromialgia Juvenil, não existe, até hoje, um consenso acerca dos critérios de diagnóstico que devem ser utilizados nesta faixa etária (Coles et al., 2021). Os únicos critérios de diagnóstico destinados especificamente à identificação da Fibromialgia na população pediátrica foram desenvolvidos em 1985 por Yunus e Masi e nunca chegaram a ser validados (Coles et al., 2021). Por conseguinte, os critérios de diagnóstico em adultos têm sido largamente aplicados na idade pediátrica, com a ressalva de que a prevalência dos sintomas acompanhantes e das comorbilidades pode diferir (Higgs, 2018).

Critérios de Diagnóstico Oficiais do *American College of Rheumatology* e Subsequentes Revisões

O **ACR** foi pioneiro no desenvolvimento de critérios para o reconhecimento da Fibromialgia. Em **1990**, publicou os **Critérios de Classificação da Fibromialgia** destinados apenas à seleção de doentes para fins de investigação. Contudo, tal não impediu de serem utilizados por vários médicos para fins diagnósticos. Estes critérios centravam-se unicamente na presença de dor crónica generalizada (definida como dor no lado esquerdo do corpo, dor no lado direito do corpo, dor acima da cintura, dor abaixo da cintura e dor axial) e no desencadeamento de dor à palpação de pelo menos onze dezoito pontos específicos, excluindo quaisquer sintomas associados (F. Wolfe et al., 1990). Os dezoito pontos específicos encontram-se representados na Figura 1.

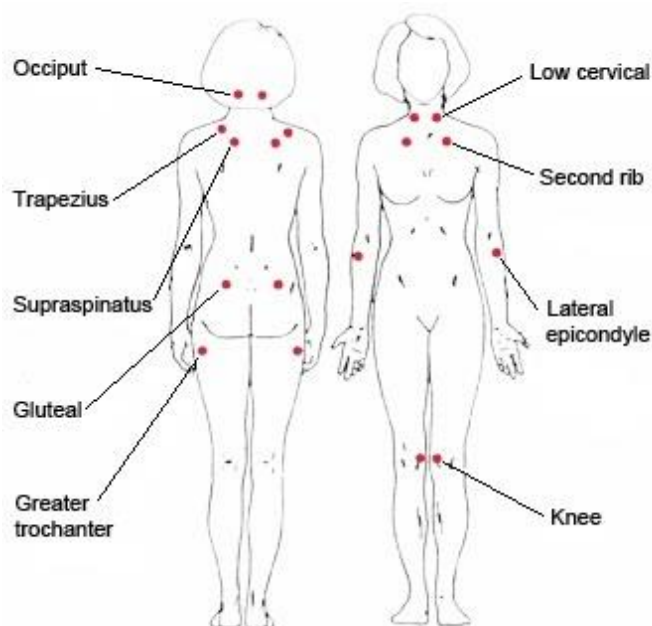


Figura 1. Localização dos dezoito pontos específicos, contemplados nos Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia de 1990 do ACR.

Retirado de Kaltsas, G., Tsiveriotis, K. (2020). *Fibromyalgia*, Endotext, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279092/>

Após a receção de algumas críticas, o **ACR** publica, em **2010**, os **Critérios Preliminares de Diagnóstico da Fibromialgia**, desta vez destinados ao reconhecimento da doença na prática clínica (Frederick Wolfe et al., 2010). Relativamente às principais alterações entre os primeiros e os segundos critérios, é de salientar que a palpação dos dezoito pontos dolorosos específicos passou a não ser necessária para o estabelecimento do diagnóstico devido à variabilidade e dificuldade da sua avaliação, principalmente sentida entre os médicos não-reumatologistas (Frederick Wolfe et al., 2010, 2016). Por outro lado, a Fibromialgia deixou de ser vista como uma doença com dor crónica predominante, passando a ser encarada como um conjunto de múltiplos sintomas. Por conseguinte, os novos Critérios de 2010 passaram a dar uma maior importância à sintomatologia acompanhante e possibilitaram a inclusão de pacientes sem dor generalizada, excluídos pelos Critérios do ACR de 1990 (Heymann et al., 2017).

Em **2011**, **Frederick Wolfe et al.** propõem a **Modificação dos Critérios Preliminares de Diagnóstico da Fibromialgia**, que passou a contemplar um questionário de autoidentificação da síndrome, destinado aos pacientes em geral, assim como uma nova escala de sintomas, com o intuito de melhor caracterizar a gravidade da doença (Frederick Wolfe et al., 2011). Estes últimos critérios destinavam-se exclusivamente ao uso em estudos da comunidade ou pesquisas epidemiológicas de larga escala, não estando indicados para a realização do diagnóstico no contexto clínico.

Por fim, numa **Revisão** publicada em **2016**, **Frederick Wolfe et al.** sugerem a unificação dos Critérios publicados em 2010 e em 2011, reportam várias limitações e procedem a alterações, disponibilizando assim a sua versão mais atual dos Critérios de Diagnóstico para a Fibromialgia (Frederick Wolfe et al., 2016). Uma das principais mudanças sugeridas nesta Revisão Sistemática centra-se no facto de poder existir uma sobreposição entre a Fibromialgia e outras doenças, como a Síndrome de Fadiga Crónica ou a Síndrome do Intestino Irritável, deixando claro que não constituem doenças mutuamente exclusivas. Desta forma, a condição de que a pessoa não possui uma outra doença que, de outra forma, possa justificar a dor, considerada obrigatória pelos Critérios de 2010 (Frederick Wolfe et al., 2010) e de 2011 (Frederick Wolfe et al., 2010, 2011) para o estabelecimento do diagnóstico, é colocada de parte, sendo substituída

pela condição de que o diagnóstico de fibromialgia é válido independentemente de existirem outros diagnósticos. Outra alteração relevante apresentada pela Revisão de 2016 recai sobre a definição de “dor generalizada”, que deixou de incluir a região da mandíbula, do peito e do abdómen, de forma a minimizar a classificação errónea de Síndromes de Dor Regional como Fibromialgia (Frederick Wolfe et al., 2016). Enquanto os Critérios de 1990 enfatizam a alodinia periférica, os Critérios de 2016 focam-se na perceção central de dor e no sofrimento resultante (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

É de salientar que apenas os Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia publicados por Frederick Wolfe et al. em 1990 e em 2010 são reconhecidos como oficiais pelo ACR (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020). No entanto, as Revisões subsequentes realizadas pelo mesmo autor procuraram atenuar várias limitações levantadas aos critérios prévios e ir de encontro às mais recentes descobertas.

A Tabela 1 apresenta os Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia mais recentemente publicados por Frederick Wolfe et al. na Revisão de 2016, adaptados e traduzidos na língua Portuguesa.

Tabela 1. Critérios de Diagnóstico para a Fibromialgia publicados por Wolfe et al. na Revisão de 2016

Critérios:

Uma pessoa satisfaz os critérios de diagnóstico de Fibromialgia de 2016 quando estão reunidas as seguintes 3 condições:

- 1)** Índice de dor generalizada (WPI) ≥ 7 e escala de gravidade dos sintomas (SSS) com uma pontuação ≥ 5 OU WPI de 4-6 e pontuação na SSS ≥ 9 ;
- 2)** Presença de dor generalizada, definida como dor em, pelo menos, 4 das 5 regiões. É de realçar que dor na mandíbula, dor no peito ou dor abdominal não estão incluídas na definição de dor generalizada.
- 3)** Presença dos sintomas durante, pelo menos 3 meses;

4) O diagnóstico de fibromialgia é válido independentemente de outros diagnósticos. O diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes.

Escalas:

1) Índice de dor generalizada (WPI): observe o número de áreas em que o paciente teve dor ao longo da última semana. Em quantas áreas o paciente teve dor? A cada área está atribuído 1 ponto sendo que a pontuação variará entre 0 e 19.

Região Superior Esquerda (Região 1)

- Mandíbula, à esquerda*
- Cintura escapular, à esquerda
- Braço esquerdo
- Antebraço esquerdo

Região Superior Direita (Região 2)

- Mandíbula, à direita*
- Cintura escapular, à direita
- Braço direito
- Antebraço direito

Região Inferior Esquerda (Região 3)

- Anca (nádega, trocânter) à esquerda
- Coxa esquerda
- Perna esquerda

Região Inferior Direita (Região 4)

- Anca (nádega, trocânter) à direita
- Coxa direita
- Perna direita

Região Axial (Região 5)

- Pescoço
- Região Dorsal
- Região Lombar
- Peito*
- Abdómen*

2) Pontuação na escala de gravidade de sintomas (SSS):

Para cada um dos seguintes sintomas

- Fadiga (0-3)
- *Waking unrefreshed* = acordar cansado (0-3)
- Sintomas cognitivos (0-3)

indique o respetivo nível de gravidade durante a semana passada utilizando a seguinte escala:

0 = Sem gravidade.

1 = Gravidade ligeira: geralmente leve ou intermitente.

2 = Gravidade moderada: problemas consideráveis, muitas vezes presentes e/ou num nível moderado.

3 = Gravidade severa: problemas persistentes, contínuos, perturbadores da vida diária.

Considerando os seguintes sintomas

- Cefaleias (0-1)
- Dor ou cólicas na parte inferior do abdómen (0-1)
- Depressão (0-1)

indique quantos deles incomodaram o paciente nos últimos 6 meses.

A **pontuação na escala de gravidade de sintomas (SSS)** é a soma da gravidade dos 3 sintomas (fadiga, acordar cansado e sintomas cognitivos) mais o número de sintomas que incomodaram o doente nos últimos 6 meses (de entre cefaleias, dor ou cólicas na parte inferior do abdómen, e depressão).

A pontuação final na escala de gravidade de sintomas (SSS) variará entre 0 e 12.

A Escala de Gravidade da Fibromialgia, por sua vez, corresponde à soma do **Índice de dor generalizada (WPI)** com a pontuação obtida através da **Escala de gravidade de sintomas (SSS)**, variando entre 0 e 31.

Nota. Traduzido e adaptado de Wolfe F. et al. (2016). *2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria*, *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 46, p. 326.

(*) não incluídos na definição de dor generalizada

Limitações dos Critérios de Diagnóstico do ACR para a Fibromialgia e das Suas Subsequentes Revisões

Em primeiro lugar, o facto do diagnóstico da Fibromialgia ser assente apenas na clínica pode conduzir a vieses devido à natureza subjetiva dos sintomas avaliados. Tal limitação poderia ser colmatada através da inclusão de alguns parâmetros mensuráveis, objetivos e enquadrados na fisiopatologia da doença. Atualmente, existem protocolos de medição da sensibilização central através do auxílio de um algómetro, com uma acuidade diagnóstica global de 85,4% na discriminação de pacientes Fibromiálgicos de indivíduos saudáveis e de 87,7% na distinção de pacientes Fibromiálgicos de pacientes com Artrite Reumatóide (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020). A título de exemplo, Stewart e os seus colegas publicaram em 2019 um estudo, no qual propõe uma nova abordagem diagnóstica para a Fibromialgia, assente na presença dos “Indicadores ABC” (Stewart et al., 2019). Estes Indicadores compreendem as três características principais do fenótipo da doença e refletem a os mecanismos fisiopatológicos conhecidos até então. O indicador A refere-se à presença de algesia e é aferido através da algometria de pressão, sendo que a algometria consiste num método objetivo de quantificação do limiar de sensibilidade à dor. O indicador B diz respeito à distribuição bilateral e simétrica da dor. Por fim, o indicador C faz referência à presença de sintomas crónicos, somáticos, afetivos e cognitivos, cuja prevalência é elevada nos doentes com Fibromialgia. Apesar dos “Indicadores ABC” terem demonstrado uma melhor acuidade diagnóstica comparativamente aos critérios de 2011 do ACR (Stewart et al., 2019), a sua aplicação é limitada ao nível dos Cuidados de Saúde Primários uma vez que os Médicos de Família não possuem, *a priori*, um algómetro de pressão para aferir a presença do indicador A.

Uma outra crítica apontada aos Critérios Oficiais de 2010 do ACR, bem como às propostas de 2011 e 2016, recai sobre a falta de consideração pelos fatores psicológicos,

ambientais e socioculturais que desempenham um papel importante no curso da doença, desde o seu início, manutenção, diagnóstico, até ao seu tratamento. É verdade que os mecanismos neurobiológicos desempenham um papel importante no desencadeamento da dor da Fibromialgia. Contudo, a abordagem diagnóstica deveria estender-se para além do modelo Biomédico e ter em conta outros fatores igualmente relevantes, à luz do modelo Biopsicossocial (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Já passaram cerca de 10 anos após a publicação dos últimos Critérios de Diagnóstico Oficiais do ACR, pelo que este poderá ser o momento ideal para o ACR considerar uma atualização dos seus Critérios e tomar uma posição relativamente à Revisão proposta por Wolfe et al. em 2016 (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Critérios de Diagnóstico da ACTION-APS Pain Taxonomy

Tendo em conta as limitações apontadas aos Critérios de Diagnóstico do ACR e às suas subseqüentes Revisões, Arnold et al. propõem uma alternativa para a abordagem diagnóstica da Fibromialgia, que se encontra incluída na **ACTION-APS Pain Taxonomy** (AAPT), descrita de seguida.

A AAPT foi desenvolvida em 2018, pela *Analgesic, Anesthetic and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks* (ACTION), em parceria público-privada com a *Food and Drug Administration* (FDA) dos EUA e com a *American Pain Society* (APS), com o intuito de criar um Sistema de Diagnóstico, baseado na evidência, clinicamente útil e transversal a todas as Doenças de Dor Crónica, de entre as quais a Fibromialgia (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

A AAPT acabou por ser publicada em 2019, disponibilizando novos Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia, destinados tanto ao uso na prática clínica como à inclusão ou exclusão de participantes em ensaios clínicos (Arnold et al., 2019).

Relativamente à metodologia, este projeto teve por base a criação de um grupo de trabalho internacional, constituído por médicos e investigadores com experiência em Fibromialgia, a revisão da literatura e a análise de dados provenientes de grandes estudos baseados na população, realizados no Reino Unido (Arnold et al., 2019).

Ao contrário dos critérios anteriormente publicados, a AAPT sugere uma **abordagem diagnóstica multidimensional**, assente em 5 dimensões.

A **dimensão 1** corresponde às características principais da Fibromialgia que fazem parte dos critérios de diagnóstico. A **dimensão 2**, por sua vez, aborda outros sinais e sintomas que, embora não estejam contemplados nos critérios de diagnóstico, são frequentemente reportados pelos pacientes e apoiam o diagnóstico caso estejam presentes. A **dimensão 3** enumera as principais comorbilidades existentes nos indivíduos com Fibromialgia. A **dimensão 4** aborda as consequências neurobiológicas, psicossociais e funcionais da doença no paciente, nomeadamente a incapacidade funcional, os custos médicos, a morbilidade e a mortalidade. Por último, a **dimensão 5** dá a conhecer os supostos mecanismos neurobiológicos e psicossociais até então

identificados, os fatores de risco e os fatores protetores para o desenvolvimento da doença (Arnold et al., 2019).

Esta abordagem holística multidimensional constitui precisamente o ponto forte destes novos Critérios de Diagnóstico. No entanto, ainda não foram validados pelo que são necessários estudos para avaliar a sua fiabilidade e precisão diagnóstica. Não obstante, pensa-se que contribuirão de forma significativa para a redução do subdiagnóstico e conseqüente aumento da prevalência da doença (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020).

Os Critérios de Diagnóstico propriamente ditos, contemplados na dimensão 1 da AAPT, encontram-se na Tabela 2, adaptados e devidamente traduzidos na língua Portuguesa.

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico para a Fibromialgia da AAPT

Dimensão 1: Principais Critérios de Diagnóstico

- 1) Dor generalizada definida pela presença de dor em pelo menos 6 de um total de 9 possíveis áreas (ver Figura 2).
- 2) Problemas do sono OU fadiga física e/ou mental, ambos de gravidade moderada a severa, inferida através do relato do doente
 - A fadiga física pode ser manifestada como exaustão física na sequência de atividade física, após a qual há necessidade de descanso e incapacidade para as atividades de vida diária.
 - Os problemas de sono são definidos como dificuldade em adormecer ou manter o sono, despertares frequentes ou sensação de sono não reparador.
- 3) A dor generalizada assim como os problemas do sono ou fadiga devem de ter estado presentes durante, pelo menos, 3 meses.

Nota: a presença de outra condição dolorosa ou de sintomas relacionados não exclui um diagnóstico de Fibromialgia. No entanto, recomenda-se uma avaliação clínica para aferir qualquer condição que possa explicar plenamente os sintomas do paciente ou contribuir para a gravidade dos sintomas.

Nota. Traduzido e adaptado de Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. (2019). *AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia*. The Journal of Pain, Vol. 20, N.º 6, pp. 614-615.

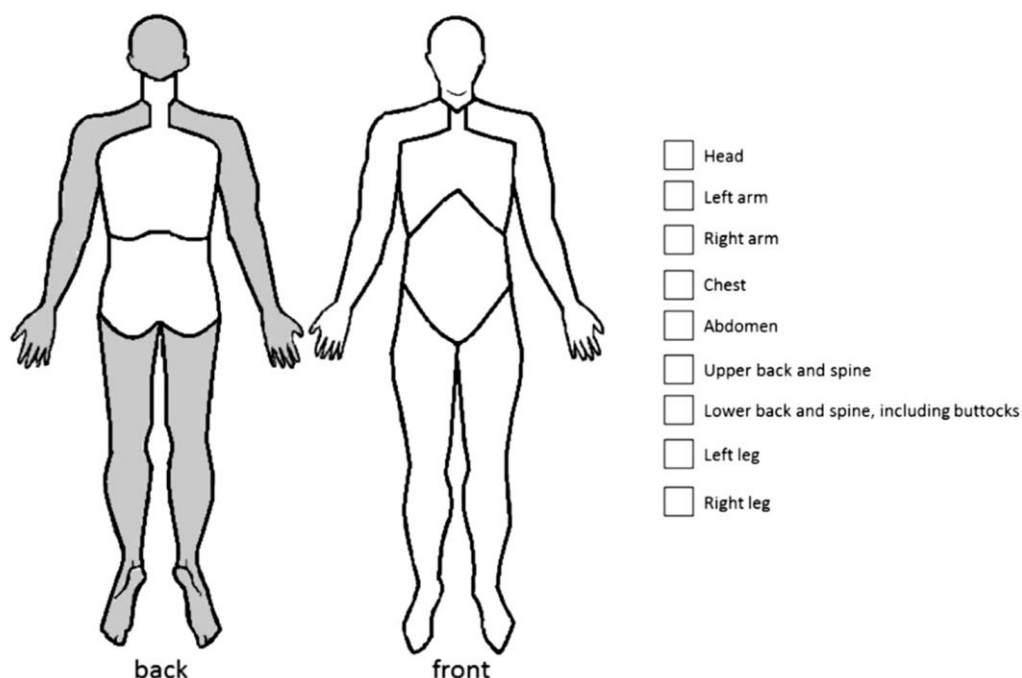


Figura 2. Delimitação das áreas do corpo suscetíveis à presença de dor, segundo os Critérios de Diagnóstico da AAPT.

Adaptado de Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. (2019). *AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia*. The Journal of Pain, Vol. 20, N.º 6, p. 615.

Informação adicional: as áreas sombreadas a cinzento dentro do corpo do manequim devem ser ignoradas de forma a prevenir que a mesma área seja contabilizada duas vezes (por exemplo, a parte da frente e a parte de trás da mesma perna).

Diagnóstico Diferencial

Tanto os Critérios de Diagnóstico da Fibromialgia sugeridos pela AAPT em 2019 como os Critérios de Diagnóstico publicados por Wolfe et al. na Revisão de 2016 afirmam que a Fibromialgia não constitui atualmente um diagnóstico de exclusão, sendo válida independentemente da existência de outros diagnósticos (Arnold et al., 2019; Frederick Wolfe et al., 2016). Por conseguinte, já não é necessário excluir a presença de entidades clínicas distintas para estabelecer o diagnóstico de Fibromialgia, sendo até frequente coexistirem num mesmo indivíduo (Arnold et al., 2019). A título de exemplo, a Artrite Reumatóide e a Fibromialgia podem surgir num mesmo paciente, da mesma forma que a Hipertensão Arterial e a Doença Cardíaca podem surgir em simultâneo (Higgs, 2018).

São várias as doenças que apresentam manifestações clínicas semelhantes e que podem mimetizar ou coexistir com a Fibromialgia (Gota, 2021). O diagnóstico diferencial contempla doenças reumáticas, neurológicas, infecciosas e endócrinas (Bair & Krebs, 2020). Os seus principais achados clínicos, laboratoriais ou imagiológicos encontram-se na Tabela 3.

Dentro das doenças reumáticas, é de destacar a Artrite Reumatóide, o Lúpus Eritematoso Sistémico, a Osteoartrite Poliarticular, a Polimialgia Reumática, a Polimiosite, as Espondiloartrites e a Osteomalácia (Arnold et al., 2019; Bair & Krebs, 2020).

Dentro das doenças do foro neurológico, salienta-se a Neuropatia Periférica e a Esclerose Múltipla (Arnold et al., 2019; Bair & Krebs, 2020).

Existem ainda doenças infecciosas que importa investigar, tais como a Doença de Lyme e a Hepatite (Arnold et al., 2019; Bair & Krebs, 2020).

Dentro das doenças do foro endócrino, devem ser excluídos o Hiperparatiroidismo, a Síndrome de Cushing, a Doença de Addison e o Hipotiroidismo (Arnold et al., 2019).

Tabela 3. Doenças a ter em conta no Diagnóstico Diferencial da Fibromialgia e respetivas características.

		Principais Características
Doenças Reumáticas	Artrite Reumatóide	<ul style="list-style-type: none"> -Dor predominantemente articular; -Poliartrite das pequenas articulações, com distribuição simétrica; -Sensibilidade da linha articular; -Sintomas sistémicos como febre e perda de peso; -Rigidez matinal superior a 1 hora; -Elevação dos parâmetros inflamatórios (proteína C-reativa e velocidade de sedimentação eritrocitária).
	Lúpus Eritematoso Sistémico	<ul style="list-style-type: none"> -Envolvimento multissistémico (dermatite, nefrite); -Dor articular e/ou muscular; -Fotossensibilidade; -Elevação dos parâmetros inflamatórios; -Pesquisa dos anticorpos antinucleares positiva.
	Osteoartrite Poliarticular	<ul style="list-style-type: none"> -Dor em múltiplas articulações; -Rigidez articular; -Sensibilidade da linha articular; -Crepitação ao exame físico; -Achados radiológicos de formação de osteófitos e estreitamento do espaço articular.
	Polimialgia Reumática	<ul style="list-style-type: none"> -Mais comum nos idosos; -Dor ao nível dos ombros e da anca; -Rigidez matinal; -Elevação dos parâmetros inflamatórios; -Boa resposta à corticoterapia.

	<p>Polimiosite e outras Miopatias</p>	<p>-Diminuição da força muscular a nível proximal, com envolvimento simétrico.</p> <p>-Ausência de dor generalizada;</p> <p>-Elevação dos níveis de creatina cinase;</p> <p>-Achados histopatológicos característicos na biópsia muscular.</p>
	<p>Espondilartrite</p>	<p>-Dor predominante ao nível da coluna (cervical, torácica ou lombar);</p> <p>-Limitação da mobilidade da coluna devido à presença de dor e de rigidez;</p> <p>-Presença de achados radiológicos;</p> <p>-Elevação dos parâmetros inflamatórios.</p>
	<p>Osteomalácia</p>	<p>-Dor óssea difusa;</p> <p>-Fraturas;</p> <p>-Miopatia proximal com fraqueza muscular.</p>
<p>Doenças Neurológicas</p>	<p>Neuropatia Periférica</p>	<p>-Dor em pontada ou em queimadura;</p> <p>-Dor generalizada incomum;</p> <p>-Parestesias;</p> <p>-Défices sensoriais e/ou motores no exame físico;</p> <p>-Evidência de neuropatia no eletromiograma.</p>
	<p>Esclerose Múltipla</p>	<p>-Alterações visuais (desde perda de visão parcial e unilateral à perda completa, visão dupla);</p> <p>-Disartria;</p> <p>-Dormência ascendente ao nível das pernas;</p> <p>-Dor generalizada incomum;</p> <p>-Achados na Ressonância Magnética cerebral.</p>

Doenças Infecciosas	Doença de Lyme	<ul style="list-style-type: none"> -Residência ou estadia em área endémica; -Mordedura de carrapato recente; -<i>Rash</i> (eritema migratório); -Artrite ou artralgia; -Sinovite articular; -Testes serológicos confirmatórios.
	Hepatite	<ul style="list-style-type: none"> -Dor no quadrante superior direito; -Náuseas; -Diminuição do apetite; -Elevação das transaminases; -Testes serológicos com resultado positivo.
Doenças Endócrinas	Hiperparatiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> -Sede excessiva; -Aumento da frequência urinária; -Diminuição do apetite; -Náuseas e vômitos; -Obstipação; -Presença recorrente de cálculos renais; -Osteopénia ou osteoporose; -Hipercalcémia; -Hipofosfatémia.
	Síndrome de Cushing	<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensão; -Diabetes; -Hirsutismo; -Face em lua cheia; -Ganho ponderal.

	Doença de Addison	-Hipotensão postural; -Náuseas e vômitos; -Pigmentação cutânea; -Perda ponderal.
	Hipotiroidismo	-Intolerância ao frio; -Lentificação mental; -Obstipação; -Ganho ponderal; -Queda de cabelo; -TSH elevada.

Nota. Adaptado de:

Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). *Fibromyalgia*. *Annals of Internal Medicine*, 172(5), ITC38, p.6.

Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M.-A., Paiva, E. S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., & Macfarlane, G. J. (2019). *AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia*. *The Journal of Pain*, 20(6), p. 616.

Higgs, J. B. (2018). *Fibromyalgia in Primary Care*. *Primary Care*, 45(2), p.331.

Meios Complementares de Diagnóstico

A Fibromialgia não apresenta alterações laboratoriais características nem achados específicos nos exames imagiológicos (Bair & Krebs, 2020). O diagnóstico da Fibromialgia é realizado somente através das suas manifestações clínicas, não sendo necessário realizar exames complementares para o efeito. Não obstante, é recomendada a investigação de doenças concomitantes que possam contribuir para a sintomatologia do doente e que careçam de um tratamento específico e apropriado (Arnold et al., 2019; Gota, 2021).

Testes Laboratoriais

Numa primeira instância, devem ser solicitados testes laboratoriais. Estes devem incluir o hemograma completo, o painel metabólico, a velocidade de sedimentação eritrocitária, a proteína C reativa, a creatina cinase e as provas de função tiroideia (Arnold et al., 2019; Bair & Krebs, 2020; Gota, 2021). Consoante a história clínica e os achados do exame físico, pode ser relevante pedir outros parâmetros para além dos indicados anteriormente, devendo ser devidamente fundamentados no processo clínico.

A pesquisa de fator reumatoide ou dos anticorpos antinucleares não é recomendada por rotina a não ser que o paciente apresente sintomatologia sugestiva de doença autoimune ou caso os parâmetros inflamatórios pedidos inicialmente surjam alterados (Arnold et al., 2019; Gota, 2021). Contudo, é preciso reconhecer que alguns pacientes com Artrite Reumatóide ou com Lúpus Eritematoso Sistémico têm parâmetros inflamatórios normais (Arnold et al., 2019). Por outro lado, quer o fator reumatóide quer os anticorpos antinucleares podem ser positivos em pessoas saudáveis e têm um valor preditivo positivo baixo (Bair & Krebs, 2020).

A Tabela 4 sistematiza os testes laboratoriais que fazem parte da avaliação inicial dos doentes com Fibromialgia e a respetiva utilidade.

Tabela 4. Testes Laboratoriais para a Avaliação Inicial dos doentes com Fibromialgia e respetiva Utilidade

Teste Laboratorial	Utilidade
Hemograma completo	Alterações podem constituir uma pista para outras doenças crónicas.
Painel metabólico: glicose em jejum, potássio, sódio, cloro, cálcio, dióxido de carbono, creatinina, ureia, bilirrubina total, fosfatase alcalina, albumina, proteínas totais, aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase	Descartar Insuficiência renal, Hepatite, Hiperparatiroidismo. Além disso, é importante conhecer a função renal e hepática previamente à prescrição terapêutica.
Velocidade de sedimentação eritrocitária e Proteína C-reativa	Descartar uma doença inflamatória subjacente. Contudo, os seus resultados são dependentes da idade e peso corporal, além de que não são específicos.
Creatina Cinase	Se elevada poderá ser sugestiva de Polimiosite.
TSH	Se elevada poderá ser sugestiva de Hipotiroidismo.

Nota. Adaptado de Higgs, J. B. (2018). *Fibromyalgia in Primary Care. Primary Care, 45(2)*, p.330.

Exames de Imagem

A Fibromialgia não apresenta achados imagiológicos característicos pelo que não devem ser solicitados exames de imagem por rotina (Bair & Krebs, 2020). Apesar dos exames de neuroimagem funcional, utilizados na investigação da fisiopatologia, evidenciarem alterações do processamento a nível do Sistema Nervoso Central, pouco

contribuem para o estabelecimento do diagnóstico ou para fins prognósticos (Bair & Krebs, 2020).

Exames Adicionais

Embora não tenham um intuito diagnóstico, podem ser considerados exames adicionais para avaliação de eventuais patologias associadas (Bair & Krebs, 2020).

Em doentes com sintomas sugestivos, pode ser solicitado um estudo formal do sono para despiste das perturbações do sono, dado que a sua prevalência é relativamente alta nos doentes com Fibromialgia (Bair & Krebs, 2020).

Deve ser feita também uma avaliação psicológica para pesquisa de depressão e ansiedade uma vez que coexistem muitas vezes com a Fibromialgia (Bair & Krebs, 2020).

Apesar dos pacientes frequentemente relatarem parestesias, não está indicado realizar uma eletromiografia por rotina (Bair & Krebs, 2020).

Circunstâncias nas quais pode ser considerada a Referenciação para Outras Especialidades

Existem várias circunstâncias que levantam questões válidas e razões para referenciar os pacientes com Fibromialgia para outras especialidades pertencentes aos Cuidados de Saúde Secundários ou Hospitalares (Higgs, 2018).

A referenciação para uma consulta de Reumatologia poderá ser considerada para confirmação do diagnóstico, avaliação de outras doenças inflamatórias, perante a sua suspeição, ou para clarificação do diagnóstico nos casos em que os sintomas característicos da Fibromialgia surjam num paciente com uma doença reumatológica previamente conhecida (Bair & Krebs, 2020). Nestes casos, a referenciação poderá ser mais custo-efetiva do que a realização de um largo espectro de exames laboratoriais ou imagiológicos (Bair & Krebs, 2020).

Na suspeição de Perturbação Bipolar com ideação suicida ou de outra doença psiquiátrica para além das Perturbações de Ansiedade ou da Perturbação Depressiva, o doente deverá ser referenciado para avaliação pela Psiquiatria (Higgs, 2018). A intervenção do Psiquiatra também poderá ser importante na coordenação e ajuste da medicação, particularmente no doente com necessidade de cuidados psiquiátricos continuados (Higgs, 2018).

A referenciação do doente para outras especialidades deverá ser considerada perante determinados achados clínicos sugestivos de outras doenças e na presença de certas alterações laboratoriais nas análises solicitadas aquando da avaliação inicial (Higgs, 2018). A título de exemplo, na presença de sintomas neurológicos proeminentes ou na suspeita de uma doença muscular primária deverá ser considerada a referenciação para uma consulta de Neurologia (Higgs, 2018). Existem outras especialidades cuja intervenção poderá ser importante nomeadamente a Infeciologia, a Endocrinologia, a Medicina Física e de Reabilitação, entre outras (Higgs, 2018).

As indicações abordadas nos parágrafos acima não são estanques, cabendo ao Médico de Família avaliar cada caso em particular e solicitar uma eventual referenciação caso considere necessário.

Fibromialgia: uma doença que permanece subdiagnosticada

Apesar da aceitação gradual da validade da Fibromialgia enquanto entidade nosológica, sabe-se que a doença permanece subdiagnosticada em cerca de 75% dos casos (Maffei, 2020).

Em primeiro lugar, nem todos os médicos se encontram familiarizados com a abordagem diagnóstica da Fibromialgia (Häuser et al., 2019).

Além disso, os médicos geralmente recorrem à presença de alterações objetivas no exame físico ou de biomarcadores nas provas laboratoriais para confirmar um diagnóstico clínico. Tal confirmação não é possível no diagnóstico da Fibromialgia. Por conseguinte, continua a existir uma relutância e incerteza em relação ao estabelecimento do diagnóstico apenas com base no relato dos sintomas (Häuser et al., 2019).

Muitos médicos desconhecem que a Fibromialgia pode coexistir com outras doenças como, por exemplo, as doenças reumáticas inflamatórias. Este desconhecimento faz com que o diagnóstico não seja considerado perante um indivíduo que se apresente com outra doença primária (Häuser et al., 2019).

Por outro lado, alguns médicos sentem-se reticentes em atribuir o diagnóstico de Fibromialgia por causa da estigmatização associada à doença. Dentro dos profissionais de saúde, há quem ainda considere que a Fibromialgia “não existe” e não passa de uma simulação e há quem associe a doença exclusivamente à população feminina (Häuser et al., 2019).

Os *media* assumem igualmente um papel importante na divulgação da Fibromialgia, alertando a população para a existência desta condição. Nalguns países, onde a Fibromialgia é pouco divulgada, a população encontra-se menos atenta a esta condição e os doentes limitam-se a aceitar a constelação de sintomas a que estão sujeitos (Häuser et al., 2019).

Conclusão

A Fibromialgia é uma doença crónica que atinge várias faixas etárias e que tem uma grande repercussão na qualidade de vida dos seus pacientes. É caracterizada, essencialmente, pela presença de dor crónica ao nível dos músculos e articulações, durante, pelo menos, 3 meses. A dor tem geralmente uma distribuição generalizada, porém existem casos nos quais surge restrita a determinadas regiões específicas. Para além da dor, os pacientes relatam com frequência outros sinais e sintomas, nomeadamente fadiga, perturbação do sono, alterações cognitivas, entre outros. É de realçar que o quadro clínico da Fibromialgia é marcado por uma enorme variabilidade inter e intra-individual, exigindo desta forma uma visão integrada e personalizada.

Os Cuidados de Saúde Primários apresentam um papel de destaque na abordagem diagnóstica do doente com Fibromialgia. Os Especialistas de Medicina Geral e Familiar constituem normalmente o primeiro ponto de contacto entre o doente e o Sistema de Saúde, proporcionam um acompanhamento contínuo no tempo e desenvolvem uma abordagem holística, centrada no paciente, atendendo aos seus receios, preocupações, expectativas e necessidades. Têm igualmente em consideração as circunstâncias envolventes, o que permite identificar eventuais fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento da Fibromialgia e compreender a repercussão da doença nas várias esferas da vida do indivíduo, nomeadamente a nível familiar, social e profissional.

O diagnóstico é essencialmente clínico, passando pela colheita de uma anamnese cuidada e realização de um exame físico geral com maior foco nas áreas sintomáticas. Podem ser solicitados testes laboratoriais, exclusivamente para descartar outras patologias que se apresentem também com dor generalizada. No entanto, a pesquisa de doenças reumáticas ou de outras através de uma bateria de testes laboratoriais ou exames de imagem não é recomendada, a menos que haja suspeita de uma doença específica.

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários Critérios de Diagnóstico que contêm os pontos essenciais ao estabelecimento do diagnóstico da Fibromialgia. Estes não só contribuem para a atribuição cada vez mais precoce do diagnóstico como

também permitem a redução dos custos no Sistema de Saúde. Tendo em conta os mais recentes, destaca-se os Critérios do ACR contemplados na Revisão de 2016 e os Critérios disponibilizados pela AAPT em 2019. Ambos identificam pacientes similares, sendo igualmente úteis na orientação do diagnóstico (Bair & Krebs, 2020).

Apesar da aceitação gradual da validade da Fibromialgia e dos avanços na compreensão da sua fisiopatologia, sabe-se que a doença permanece subdiagnosticada. Na sociedade em geral, continua a existir rejeição, descrença e estigmatização desta doença. Muitos pacientes ainda relatam sentir-se incompreendidos por familiares, amigos e até por profissionais de saúde (Galvez-Sánchez & Reyes Del Paso, 2020). Tal aponta para a necessidade de uma investigação contínua com vista à legitimação e aceitação completa da Fibromialgia.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento à Professora Doutora Cristina Ribeiro por ter prontamente aceitado orientar o meu Trabalho Final de Mestrado. Agradeço toda a sua amabilidade, dedicação e total disponibilidade desde o primeiro dia. Os seus conhecimentos e conselhos sábios permitiram-me aperfeiçoar e encontrar o melhor rumo a seguir. Quero ainda agradecer toda a motivação, energia e entusiasmo que me incutiu em cada contacto e que foram essenciais para o meu crescimento académico e pessoal.

Agradeço aos meus pais e aos meus irmãos o apoio incondicional dado não só durante a realização do Trabalho Final de Mestrado, mas também durante todo o meu percurso enquanto estudante. Obrigada por me terem transmitido força e otimismo nos momentos em que mais precisei.

Não posso deixar de agradecer ao meu avô João pela sua preocupação constante, o seu cuidado e gestos de ternura para comigo, principalmente aquando da minha estadia em Lisboa.

Deixo também um agradecimento aos meus restantes familiares por acreditarem em mim, me encorajarem e me quererem bem.

Gostaria também de manifestar a minha estima pelo André Fernandes, agradecendo o seu companheirismo, paciência, apoio e carinho ao longo dos últimos anos.

Por fim, quero agradecer aos meus colegas e amigos a amizade, as palavras de conforto assim como todas as aventuras e momentos partilhados nos últimos seis anos, que ficarão eternamente na minha memória.

Referências Bibliográficas

- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P., & Evans, P. (2005). A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(5), 511–516. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i5.10170>
- Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M.-A., Paiva, E. S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., & Macfarlane, G. J. (2019). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 20(6), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>
- Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 172(5), ITC33–ITC48. <https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Consensi, A., Giorgi, V., Batticciotto, A., Di Franco, M., & Sarzi-Puttini, P. (2020). One year in review 2020: Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 38 Suppl 123(1), 3–8.
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Lares, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & EpiReumaPt study group. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Coles, M. L., Weissmann, R., & Uziel, Y. (2021). Juvenile primary Fibromyalgia Syndrome: Epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00493-6>
- Fitzcharles, M.-A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg, D. L., Pereira, J. X., Abbey, S., Choinière, M., Ko, G., Moulin, D. E., Panopalis, P., Proulx, J., Shir, Y., & National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. (2013). 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Research & Management*, 18(3), 119–126. <https://doi.org/10.1155/2013/918216>

- Galvez-Sánchez, C. M., & Reyes Del Paso, G. A. (2020). Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4). <https://doi.org/10.3390/jcm9041219>
- Gendelman, O., Amital, H., Bar-On, Y., Ben-Ami Shor, D., Amital, D., Tiosano, S., Shalev, V., Chodick, G., & Weitzman, D. (2018). Time to diagnosis of fibromyalgia and factors associated with delayed diagnosis in primary care. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 32(4), 489–499. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.01.019>
- Gota, C. E. (2021). Fibromyalgia: Recognition and Management in the Primary Care Office. *The Medical Clinics of North America*, 105(2), 285–296. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.09.012>
- Häuser, W., Sarzi-Puttini, P., & Fitzcharles, M.-A. (2019). Fibromyalgia syndrome: Under-, over- and misdiagnosis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37 Suppl 116(1), 90–97.
- Heymann, R., Paiva, E., Martinez, J., Helfenstein, M., Rezende, M., Provenza, J., Ranzolin, A., Assis, M., Feldman, D., Ribeiro, L., & Souza, E. (2017). Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2017.05.006>
- Higgs, J. B. (2018). Fibromyalgia in Primary Care. *Primary Care*, 45(2), 325–341. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.02.008>
- Kumbhare, D., Ahmed, S., & Watter, S. (2018). A narrative review on the difficulties associated with fibromyalgia diagnosis. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 10(1), 13–26. <https://doi.org/10.1177/1759720X17740076>
- Maffei, M. E. (2020). Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(21). <https://doi.org/10.3390/ijms21217877>
- Stewart, J. A., Mailler-Burch, S., Müller, D., Studer, M., von Känel, R., Grosse Holtforth, M., Schwegler, K., & Egloff, N. (2019). Rethinking the criteria for fibromyalgia in 2019: The ABC indicators. *Journal of Pain Research*, 12, 2115–2124. <https://doi.org/10.2147/JPR.S205299>

- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, *33*(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, Frederick. (2020). The history of the idea of widespread pain and its relation to fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Pain*, *20*(4), 647–650. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0072>
- Wolfe, Frederick, Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *46*(3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, Frederick, Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., & Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, *38*(6), 1113–1122. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100594>
- Wolfe, Frederick, Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, *62*(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Bibliografia

Norma da DGS “Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia”, número 017/2016, de 27/12/2016, atualizada a 13/07/2017, disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172016-de-27122016-pdf.aspx> (acedido a 21/10/2020)

10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, disponível em:
<https://icd.who.int/browse10/2019/en> (acedido a 09/01/2021)

11.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, disponível em:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (acedido a 09/01/2021)

Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2), 2ª Edição Portuguesa, Lisboa, março de 2016, disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/1_ICPC_2_4_4_VF.pdf (acedido a 09/01/2021)

Medscape: <https://emedicine.medscape.com/article/329838-overview> (acedido a 11/01/2021)

Dynamed: <https://www.dynamed.com/condition/fibromyalgia> (acedido a 14/01/2021)

UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults?search=fibromialgia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (acedido a 14/01/2021)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia: <https://spreumatologia.pt/fibromialgia/> (acedido a 04/03/2021)

Sociedade Brasileira de Reumatologia: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/fibromialgia-e-doencas-articulares-inflamatorias/> (acedido a 04/03/2021)

Myos - Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica:
<https://myos.pt/> (acedido a 08/03/2021)

APDF - Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia: www.apdf.com.pt (acedido a 08/03/2021)