



# **Fibromialgia:**

## **Abordagem Terapêutica Integrada**

Mariana Rodrigues Pires

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Farmacêuticas

**Trabalho realizado sob a orientação de:**  
Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho

2021





# **Fibromialgia:**

## **Abordagem Terapêutica Integrada**

Mariana Rodrigues Pires

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências  
Farmacêuticas

**Trabalho realizado sob a orientação de:**  
Professora Doutora Mónica Sofia Leal Condinho

2021

# Fibromialgia: Abordagem Terapêutica Integrada

## **Declaração de autoria de trabalho:**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

Faro, 22 de outubro de 2021

© *Copyright* Mariana Pires

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Doutora Mónica Condinho por ter orientado este meu trabalho, e por ser uma fonte de inspiração e de mudança na profissão farmacêutica.

Ao Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos, pela rapidez na ajuda à pesquisa e seleção bibliográfica sempre que solicitado.

A todos os que conheciam alguém que tivesse diagnóstico de fibromialgia e me reencaminharam utentes, dando um contributo importante para a amostra alcançada.

Às utentes que aceitaram participar no estudo de caso e partilharam um pouco da sua vivência com a fibromialgia.

À minha família pelo suporte e encorajamento que sempre me deram.

À minha tia e prima, pelos seus conselhos diversificados e pela disponibilidade em relerem o meu trabalho.

Às minhas amigas e namorado, pelo incentivo e compreensão, sempre que tive de abdicar de algum passeio, para dedicar tempo a esta dissertação.

À minha amiga Bea e futura médica favorita, não só por todo o apoio, mas também pelos apontamentos e revisões de fisiopatologia.

E por último, mas não menos importante, a todos os que fizeram parte do meu percurso académico ao longo destes 5 anos, obrigada!

“Todos podemos controlar a dor  
exceto aquele que a sente.”

William Shakespeare

## Resumo

A fibromialgia é caracterizada como uma síndrome de dor musculoesquelética generalizada, crónica e difusa, sem alterações biológicas que a justifiquem. Esta condição apresenta uma prevalência mundial de 2,7%, e em Portugal estima-se que 1,7% da população tenha diagnóstico de fibromialgia.

Os mecanismos fisiopatológicos exatos subjacentes à fibromialgia ainda são desconhecidos, assim como a sua causa é idiopática. Pelo que não há um tratamento *standard* e que cure; apenas se procura atenuar a sintomatologia que se evidencia em cada doente. Importa assim, abordar as classes terapêuticas que podem ser consideradas num doente, após diagnóstico de fibromialgia, e quais os graus de recomendação que as *guidelines* terapêuticas lhes associam.

O farmacêutico, enquanto especialista do medicamento, e frequentemente enquanto profissional de saúde que mais contacta com os doentes, pode ter um papel relevante perante doentes com fibromialgia. Nomeadamente, na promoção da adesão à terapêutica, monitorização da mesma e desmistificação de crenças.

Deste modo, o principal objetivo desta dissertação consistiu em fazer uma atualização terapêutica na fibromialgia, com recurso a uma pesquisa bibliográfica, e por outro lado, um estudo de caso visando complementar e/ou fornecer outra perspetiva ao tema.

O estudo de caso traduziu-se, essencialmente, na descrição de três casos clínicos recolhidos em farmácia comunitária, e sua respetiva interpretação assente na bibliografia consultada na componente teórica desta dissertação.

Concluiu-se que ao nível da literatura, e com base nas principais *guidelines* terapêuticas abordadas, a maioria dos fármacos não tem níveis de evidência elevados e graus de recomendação fortes, sobretudo na Europa, em que não existem fármacos aprovados com indicação terapêutica na fibromialgia. Com o estudo de caso, foi também possível concluir que na prática, a terapêutica é muito empírica e por vezes, com fraca adesão por parte dos doentes.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; Terapêuticas; *Guidelines* terapêuticas; Papel do Farmacêutico

## Abstract

Fibromyalgia is characterized by a generalized, chronic and diffuse musculoskeletal pain syndrome with no biological changes to justify it. This condition has a worldwide prevalence of 2,7%, and in Portugal it is estimated that 1,7% of the population has a diagnosis of fibromyalgia.

The exact pathophysiological mechanisms underlying fibromyalgia are still unknown, and its cause is idiopathic. Therefore, there is no standard treatment to cure it, only to alleviate the symptoms that each patient evinces. It is thus, important to address the therapeutic classes that can be considered in a patient after a diagnosis of fibromyalgia, and what recommendation degrees are associated with the therapeutic guidelines.

The pharmacist, as a medicine specialist and often as a healthcare professional who has the most contact with patients, can play an important role in patients with fibromyalgia. In particular, in promoting adherence to therapy, monitoring it, and demystifying beliefs.

As such, the main objective of this dissertation was to carry out a therapeutic update on fibromyalgia, using bibliographical research, as well as a case study aiming at complementing and/or providing a different perspective to the subject.

The case study consisted in the description of three clinical cases collected in a community pharmacy, and their respective interpretation based on the bibliography used in the theoretical component of this dissertation.

It was concluded that in terms of literature, and based on the main therapeutic guidelines addressed, most drugs don't show high levels of evidence and strong degrees of recommendation, especially in Europe, where there are no approved drugs with therapeutic indication for fibromyalgia. With the case study, it was also possible to conclude that in practice, the therapy is very empirical, showing poor adherence by patients.

**Keywords:** Fibromyalgia; Therapeutics; Therapeutic guidelines; Role of the Pharmacist

# Índice Geral

<b>Resumo .....</b>	<b>II</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>III</b>
<b>Índice Geral .....</b>	<b>III</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>VI</b>
<b>Índice de Quadros .....</b>	<b>VII</b>
<b>Índice de Anexos .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Abreviaturas.....</b>	<b>IX</b>
<b>1. Fibromialgia .....</b>	<b>1</b>
1.1. Nota Histórica .....	1
1.2. Definição da patologia .....	3
1.3. Epidemiologia e Carga da Doença .....	4
1.4. Fisiopatologia .....	7
1.5. Sintomas.....	11
1.5.1. Dor .....	11
1.5.1.1. Dor Crónica.....	13
1.5.1.1.1. Dor Nociceptiva .....	13
1.5.1.1.2. Dor Neuropática e Dor Centralizada .....	14
1.5.1.2. Descritores da Dor.....	15
1.5.1.3. Escalas de avaliação da intensidade da dor .....	16
1.5.1.3.1. Escala Visual Analógica.....	17
1.5.1.3.2. Escala Numérica .....	17
1.5.1.3.3. Escala Qualitativa .....	18
1.5.1.3.4. Escala de Faces .....	18
1.5.2. Outro Sintomas.....	19
1.6. Critérios de Diagnóstico para Fibromialgia.....	21
1.7. Diagnóstico Diferencial .....	25
1.8. Patogenia e Fatores de Risco .....	27
1.9. Questionários de Avaliação do Impacto da Fibromialgia .....	29

1.10.	Terapêutica.....	31
1.10.1.	Terapêutica Não Farmacológica .....	32
1.10.2.	Terapêutica Farmacológica .....	34
1.10.3.	<i>Guideline European League Against Rheumatism</i> .....	40
1.10.4.	<i>Guideline Canadian Rheumatology Association</i> .....	41
1.11.	Manifestação de Fibromialgia.....	44
1.11.1.	Sexo Masculino e Feminino .....	44
1.11.2.	Crianças e Jovens .....	46
1.12.	A Importância de uma Abordagem Multidisciplinar na Fibromialgia.....	48
1.13.	O Papel do Farmacêutico na Fibromialgia .....	52
1.14.	Prognóstico.....	55
<b>2.</b>	<b>Estudo de Caso: Fibromialgia e o seu Impacto na Vida da Pessoa com a Doença.....</b>	<b>57</b>
2.1.	Objetivos .....	57
2.2.	Metodologia.....	57
2.2.1.	Enquadramento Temporal e Espacial.....	57
2.2.2.	Critérios de Inclusão e Exclusão .....	57
2.2.3.	Instrumento para Recolha de Dados.....	58
2.2.4.	Consentimento Informado .....	59
2.2.5.	Pré-Teste.....	59
2.2.6.	Seleção dos Participantes.....	60
2.3.	Resultados.....	61
2.3.1.	Estudo de Caso de E.C. ....	61
2.3.2.	Estudo de Caso de M.F.....	64
2.3.3.	Estudo de Caso de I.R. ....	67
2.4.	Discussão.....	70
2.4.1.	Limitações do estudo.....	76
<b>3.</b>	<b>Perspetiva da autora .....</b>	<b>77</b>
<b>4.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>78</b>
<b>5.</b>	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>80</b>
<b>6.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>87</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.1</b> - Vias de processamento da dor implicadas na fibromialgia. ....	10
Adaptado de (27). (Tradução da autora).....	10
<b>Figura 1.2</b> - Mecanismo básico da dor. Adaptado de (29). ....	12
<b>Figura 1.3</b> - Código Visual da Dor. Adaptado de (29). ....	15
<b>Figura 1.4</b> - Escala Visual Analógica. Adaptado de (35). ....	17
<b>Figura 1.5</b> - Escala Numérica. Adaptado de (35). ....	17
<b>Figura 1.6</b> - Escala Qualitativa. Adaptado de (35). ....	18
<b>Figura 1.7</b> - Escala de Faces. Adaptado de (35). ....	18
<b>Figura 1.8</b> - Síntese dos principais sintomas da fibromialgia. Adaptado de (18). (Tradução da autora) .....	20
<b>Figura 1.9</b> - Técnica anterior de diagnóstico seguida pelos critérios do ACR de 1990. Adaptado de (38). ....	21
<b>Figura 2.1</b> - Fluxograma de recrutamento de utentes. ....	60
<b>Figura 2.2</b> - Diagrama corporal assinalado com as áreas onde E.C. sente mais dor.....	63
<b>Figura 2.3</b> - Diagrama corporal assinalado com as áreas onde M.F. sente mais dor. ...	66
<b>Figura 2.4</b> - Diagrama corporal assinalado com as áreas onde I.R. sente mais dor.....	69

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.1</b> - Divisão corporal em 19 regiões que permitem a avaliação do <i>WPI – ACR</i> 2010. Adaptado de (37).....	22
<b>Quadro 1.2</b> - Regiões corporais predefinidas para avaliação do <i>WPI - ACR</i> 2016. Adaptado de (40).....	24
<b>Quadro 1.3</b> – Fármacos de destaque que podem mimetizar os principais sintomas da fibromialgia. Adaptado de (42). (Tradução da autora) .....	26
<b>Quadro 1.4</b> - Síntese das principais opções farmacológicas na fibromialgia e disponíveis em Portugal. ....	39
<b>Quadro 2.1</b> - Terapêutica atual de E.C. ....	62
<b>Quadro 2.2</b> - Terapêutica atual de M.F. ....	65
<b>Quadro 2.3</b> - Terapêutica atual de I.R. ....	68

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> – Critérios de Diagnóstico da ACR 2016. Adaptado de (40).....	87
<b>Anexo 2</b> – <i>Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)</i> , versão portuguesa. Adaptado de (43).....	88
<b>Anexo 3</b> – Síntese das principais opções farmacológicas abordadas pelas <i>guidelines EULAR</i> e <i>CRA</i> na fibromialgia. Adaptado de (36)(44)(96).....	90
<b>Anexo 4</b> – Questionário.....	91
<b>Anexo 5</b> – Consentimento Informado.....	99

## Abreviaturas

**2-AG** – 2-Araquidonoilglicerol

**5-HTP** – 5-hidroxitriptofano

**AAPT** – *ACTTION-APS Pain Taxonomy*

**ACR** – *American College of Rheumatology*

**AEA** – N-

Araquidonoiletanolamina

**AINEs** – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

**APS** – *American Pain Society*

**ATC** – Antidepressivos Tricíclicos

**CBD** – Canabidiol

**Cm** – Centímetros

**CPS** – *Canadian Pain Society*

**CRA** – *Canadian Rheumatology Association*

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EAN** – Escala de Avaliação Numérica

**EMA** – *European Medicines Agency*

**EUA** – Estados Unidos da América

**EULAR** – *European League Against Rheumatism*

**EVA** – Escala Visual Analógica

**FAS** – *Fibromyalgia Assessment Status*

**FDA** – *Food and Drug Administration*

**FIQ** – *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

**FIQR** – *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire*

**FSC** – *Fibromyalgia Survey Criteria*

**FSQ** – *Fibromyalgia Survey Questionnaire*

**GABA** – Ácido  $\gamma$ -aminobutírico

**IMAOs** – Inibidores da Monoamina Oxidase

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**IRSN** – Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

**ISRS** – Inibidores Seletivos Recaptação de Serotonina

**Mg** – Miligramas

**NMDA** – N-Metil-D-Aspartato

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OTC** – *Over The Counter*

**PHQ15** – *The Patient Health Questionnaire 15*

**PHQ** – *Patient Health Questionnaire*

**PRIME-MD** – *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

**SAMe** – S-Adenosilmetionina

**SNA** – Sistema Nervoso Autónomo

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**TCC** – Terapia Cognitivo Comportamental

**THC** – Delta-9-Tetrahydrocannabinol

**WPI** – *Widespread Pain Index*

# 1. Fibromialgia

## 1.1. Nota Histórica

Os primeiros registos de doenças com sintomas idênticos aos atualmente conhecidos da fibromialgia, remontam a 1500 a.C., no entanto, só a partir de 1800 d.C. os médicos começaram a descrever uma patologia que causava dor, fadiga e perturbações no sono, designando-a de reumatismo muscular que não envolvia articulações. Em 1824, o Dr. *William Balfour*, cirurgião da Universidade de Edimburgo, fez uma descrição de pontos sensíveis e, mais tarde, foi atribuída a designação de fibrosite (inflamação dos tecidos fibrosos), por *Sir. William Gowers*, para demarcar os pontos sensíveis que tinham sido encontrados num doente com reumatismo muscular. Seguiram-se mais estudos e associações, nomeadamente de que os sintomas da fibrosite agravavam com fatores meteorológicos (temperatura, pressão de ar, aumento da pluviosidade) e em 1976, os médicos alteraram a designação de fibrosite para fibromialgia (dor nos músculos e tecidos), porque não foi encontrada nenhuma evidência de inflamação nas fibras musculares (1)(2).

*Smythe* descreveu claramente a fibromialgia com os conceitos de dor generalizada e de pontos sensíveis em 1972, levando a que, em 1987, a *American Medical Association* reconhecesse a fibromialgia como uma condição física real, visto que, como afetava mais mulheres, estas eram acusadas de hipocondríacas ou de estarem apenas a tentar chamar a atenção. Pelo que, muitos médicos consideravam a doença como um distúrbio psicológico (1)(2).

Em 1990, foram publicados os primeiros critérios de diagnóstico para fibromialgia pelo *American College of Rheumatology (ACR)* e desde então seguiram-se mais alguns estudos e aprovações de fármacos pela *Food and Drug Administration (FDA)*, como antidepressivos, que foram considerados eficazes no tratamento da fibromialgia (1)(2).

Um dos testemunhos mais marcantes na história da fibromialgia foi o da enfermeira britânica, *Florence Nightingale*, que adoeceu durante a Guerra da Crimeia

(1854-1856) com sintomas semelhantes aos da fibromialgia e/ou síndrome de fadiga crónica (dor e fadiga extrema), acabando por falecer em 1910 sem nunca ter recuperado. Em sua homenagem, o dia 12 de maio (dia em que nasceu) é considerado o dia mundial da fibromialgia e da síndrome de fadiga crónica, assim como o dia mundial do enfermeiro (1)(2)(3).

Em Portugal, desde 2003 que são publicados documentos oficiais relativos à fibromialgia. Inicialmente, a 3 de junho de 2003, através da Circular Informativa nº 27, emitida pela Direção-Geral da Saúde (DGS), esta patologia foi reconhecida como uma afecção a considerar para efeitos de certificação de incapacidade temporária. Posteriormente, a 3 de julho de 2004, a Circular Normativa nº 12, também emitida pela DGS que divulgou o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, fez referência à definição, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento da fibromialgia (4).

Em 2015, segundo as Resoluções da Assembleia da República nº 94/2015 e nº 95/2015, é recomendada ao Governo a implementação de medidas para reconhecimento e proteção de indivíduos com fibromialgia. Desta forma, é promovida a divulgação de informação sobre fibromialgia nos cuidados de saúde primários, assim como junto da Autoridade para as Condições do Trabalho, dos serviços da Segurança Social, entre outros. Pretende-se a criação de condições para que as despesas efetuadas com atividades físicas prescritas no âmbito do tratamento da fibromialgia sejam dedutíveis fiscalmente, bem como se pretende assegurar o acesso dos doentes fibromiálgicos aos cuidados de saúde primários e/ou cuidados de especialidade (principalmente reumatologia, psicologia e fisioterapia). É também dado apoio à realização de estudos científicos que contribuam para um melhor conhecimento acerca da doença, entre outras medidas (5).

Com a publicação da norma “Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia”, a 27 de dezembro de 2016 pela DGS, a fibromialgia passa a ser reconhecida oficialmente como doença. Neste documento constam todos os pontos para se efetuar o diagnóstico de fibromialgia, assim como as bases científicas utilizadas para a elaboração da norma e a obrigatoriedade de a cumprir (6).

A fibromialgia foi bastante descredibilizada durante vários anos, principalmente pela classe médica, devido ao facto de não haver exames clínicos físicos, como raios-X ou análises ao sangue que revelassem qualquer anormalidade num doente com fibromialgia (1). Contudo, atualmente já existe valorização da doença que se deve sobretudo, ao aumento da informação sobre fibromialgia e em parte, à norma “Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia”, de 27 de dezembro de 2016 publicada pela DGS, como referido anteriormente (6).

## 1.2. Definição da patologia

A síndrome fibromiálgica ou fibromialgia, designação adotada a partir de 1976, define-se como uma síndrome reumatológica caracterizada por dor musculoesquelética, generalizada, crónica e difusa, sem qualquer outra causa conhecida que seja por ela responsável (7)(8). Apesar de ser considerada uma síndrome dolorosa, podem surgir associados vários outros sintomas de cariz neuropsicológico, pois as evidências disponíveis destacam o Sistema Nervoso Central (SNC) como tendo um papel essencial em todos os processos que envolvem a fibromialgia (9).

### 1.3. Epidemiologia e Carga da Doença

A fibromialgia é a terceira causa mais comum de dor musculoesquelética, a seguir à dor lombar e osteoartrite, e também a que mais contribui para a síndrome de dor crónica (10). É controverso, ainda, o facto de a fibromialgia ser considerada uma entidade discreta ou de pertencer ao espectro da dor crónica generalizada. Assim sendo, a prevalência de ambas depende muito dos critérios de diagnóstico que são utilizados, pois é necessário que haja uma definição clara que limite a separação dos critérios para diagnóstico de fibromialgia, dos critérios para diagnóstico de dor crónica generalizada (11).

A prevalência de fibromialgia depende bastante de quais foram os critérios de diagnóstico utilizados, visto que estes são variados, e têm sofrido várias atualizações. Posto isto, os dados podem não ser concordantes e podem até ser alvo de variações, apesar da utilização dos mesmos critérios. A síndrome fibromiálgica tanto pode ser subdiagnosticada, como sobrediagnosticada. No primeiro caso, apenas 12-28% dos indivíduos identificados nas pesquisas de base populacional dos Estados Unidos da América (EUA), já tinham sido diagnosticados com fibromialgia, segundo os critérios do ACR de 1990. No segundo caso, pode ser impeditivo de se diagnosticar e tratar a patologia de base, que até pode ser passível de terapia (12).

A prevalência média global da fibromialgia é de 2,7% com algumas variações de continente para continente e de país para país, destacando-se uma maior prevalência na Europa e EUA, face à América do Sul e Leste Asiático (13). A nível europeu, a fibromialgia apresenta uma prevalência de 2,5% na população (14). Em Portugal, estima-se uma prevalência de, aproximadamente, 1,7% na população e só na região do Algarve, segundo um estudo da *EpireumaPt* por NUTS II, há uma prevalência da fibromialgia de 2,9%, ficando apenas atrás das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, com 3,0% e 3,7% respetivamente (15). Relativamente ao sexo, verifica-se uma proporção de 3:1 do sexo feminino face ao sexo masculino, o que significa que a fibromialgia é 4,2% mais prevalente nas mulheres do que nos homens (1,4%) (14). Na população portuguesa, a prevalência estimada é de 3,1% no sexo feminino, face a 0,1% no sexo masculino (15).

Após diferentes estudos efetuados em várias regiões do globo e com diversas variáveis, foi possível concluir-se que a fibromialgia é mais prevalente a partir da meia-idade, 30 a 50 anos ou até mesmo após os 50 anos, não excluindo que também haja casos de fibromialgia em crianças, jovens e idosos (13). Verifica-se também uma possível relação com o grau de escolaridade e nível socioeconómico, estando descrita maior taxa de prevalência da doença em indivíduos com baixo grau de escolaridade e com estatuto socioeconómico mais baixo. Outros fatores como o estado civil, residência em meio rural ou urbano e peso corporal não são consensuais na literatura. Há indícios de que em meio rural poderá haver uma taxa mais alta de doentes com fibromialgia e relativamente ao peso corporal, há um estudo que indica uma maior prevalência da fibromialgia em mulheres obesas (14)(16).

Constata-se também que doentes portadores de fibromialgia poderão ter outras comorbilidades associadas como síndrome da fadiga crónica, síndrome do intestino irritável, depressão, ansiedade, ataques de pânico e *stress* pós-traumático, havendo também uma associação significativa da fibromialgia com as cefaleias. Se houver uma doença reumática já existente, o risco de desenvolver fibromialgia é maior (14)(17).

De modo geral, doentes com fibromialgia têm uma má qualidade de vida que é refletida pelos custos acrescidos na área da saúde. Estes necessitam de quase o dobro de consultas médicas, face a indivíduos saudáveis, e com custos estimados no triplo para doentes fibromiálgicos, do que para outros indivíduos. De forma indireta, os custos também se tornam elevados para os indivíduos portadores de fibromialgia, devido ao facto destes doentes muitas vezes sofrerem uma perda de produtividade no trabalho (18). Um estudo revelou que 24,3% dos indivíduos a quem foi diagnosticada fibromialgia deixou de trabalhar 5 anos após o diagnóstico (19).

A *EpiReumaPt* realizou um estudo acerca da qualidade de vida dos doentes que padecem de doenças crónicas em Portugal, onde se inserem as alergias, as doenças gastrointestinais, cardíacas, mentais, pulmonares, neurológicas, neoplasias e as doenças reumáticas, nas quais se podem inserir os doentes com fibromialgia. Pelo que, as doenças reumáticas apresentaram um intervalo de *score*, aproximado, entre 0,525 e

0,725, numa escala de 0 a 1 e segundo o EQ<sub>5</sub>D<sup>1</sup>. Sabe-se que, quanto maior o valor de *score* EQ<sub>5</sub>D, melhor é o estado de saúde reportado pelos indivíduos. Assim, as doenças reumáticas foram as que possuíram o valor de *score* mais baixo, de entre as amplitudes dos intervalos obtidos para as outras patologias (15). Ao analisar a situação profissional de doentes reumáticos, face a indivíduos sem doenças reumáticas, verifica-se que há maiores percentagens de indivíduos reformados, trabalhadores domésticos e de baixa médica, do que nos segundos. Relativamente às consultas médicas, indivíduos com doenças reumáticas recorrem a mais consultas médicas, na ordem das 4 a mais de 24 consultas médicas por ano, comparativamente a indivíduos sem estas patologias. Interligado, surge também o número de hospitalizações, com 11,4% dos doentes reumáticos a afirmarem que já estiveram hospitalizados, em comparação a 5,5% de indivíduos sem doenças reumáticas, que também já sofreram hospitalização (15).

Entre doenças reumáticas, tais como a lombalgia, patologia periarticular, osteoartrose, osteoporose, espondilartrites, gota, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistémico e fibromialgia, a qualidade de vida dos doentes, segundo o EQ<sub>5</sub>D e numa escala entre 0 e 1, foi descrita com um *score* de 0,575 para esta última, ficando apenas à frente da artrite reumatoide, que possui o *score* mais baixo, de aproximadamente, 0,563 (15).

---

<sup>1</sup> O EQ<sub>5</sub>D é um instrumento de avaliação da qualidade de vida, que visa medir o estado de saúde reportado pelos indivíduos.

#### 1.4. Fisiopatologia

Ainda são desconhecidos os mecanismos exatos de como se desenvolve a fibromialgia. Estudos recentes caracterizam-na como um distúrbio na regulação da dor, uma sensibilização central, hiperalgesia (resposta dolorosa aumentada a estímulos nocivos) e alodínia (resposta dolorosa a um estímulo que normalmente não provoca dor), típicos da dor nociplástica. Isto deve-se, provavelmente, ao facto de haver uma diminuição do limiar da dor pelos recetores nociceptivos, e pela sensibilidade aumentada a estímulos de calor, frio, elétricos e auditivos (20)(21).

A fisiopatologia da doença envolve os sistemas nervosos periférico, central e autónomo. Num indivíduo saudável, este possui várias vias inibitórias descendentes importantes na dor que têm origem no cérebro e que podem inibir a transmissão sináptica da dor no corno dorsal da medula espinhal. A inibição da progressão da transmissão da dor ao longo dos neurónios aferentes é levada a cabo por opióides endógenos, como a serotonina, noradrenalina e ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), contribuindo para que o processamento do estímulo intenso e doloroso produza um efeito analgésico parcial para todo o corpo (22). No entanto, com a sensibilização central (processo neurofisiológico de amplificação da dor no SNC) que envolve vias neuronais ascendentes e descendentes, todas estas levam a uma resposta aumentada à estimulação mecânica que é mediada pela amplificação da sinalização do SNC. Há que ter em conta que algum grau de sensibilização central é considerado normal, pois promove um comportamento protetor para o tecido lesado, de forma que não ocorram novas lesões e se favoreça a cura. Num indivíduo com fibromialgia, as vias descendentes como parte dos controlos inibitórios nocivos difusos são atenuadas ou estão ausentes, levando assim à sensibilidade característica que se manifesta como alodínia e hiperalgesia (20).

Através de imagens cerebrais de indivíduos com fibromialgia, captadas por ressonância magnética funcional, juntamente com outros estudos, tem-se identificado a existência de várias perturbações no processamento e regulação da dor, amplificando-a ou diminuindo a sua inibição nestes doentes. Pode haver uma maior atividade neuronal no processamento da dor em determinadas regiões cerebrais, mudanças na

morfologia do cérebro, e níveis alterados de neuro peptídios e neurotransmissores, que podem afetar a regulação de recetores periféricos ou cerebrais, e os níveis de dor (21).

Da análise ao líquido cefalorraquidiano de indivíduos com fibromialgia verificou-se a existência de níveis reduzidos de serotonina, noradrenalina e GABA em oposição, a níveis aumentados de aminoácidos excitatórios, como glutamato, substância P e fator de crescimento e sobretudo, opióides endógenos, como as encefalinas, (o que sugere uma diminuição da sensibilidade aos opióides, corroborando desta forma, alguma evidência científica de que estes são ineficazes no tratamento da fibromialgia). Na figura 1.1, encontram-se identificadas as substâncias que estão aumentadas ou diminuídas num processo nociceptivo de um doente com fibromialgia e como se processa a dor, de acordo com os seus níveis (11)(20).

O processo de modulação da dor está condicionado em doentes com fibromialgia, pois verifica-se uma menor disponibilidade do recetor opióide  $\mu$  nas zonas do cérebro envolvidas neste processo, bem como é também a este nível que se justifica a hipersensibilidade, por estarem aumentados os níveis de neurotransmissores excitatórios (18). O facto de, nos doentes com fibromialgia, haver uma disponibilidade diminuída do recetor opióide  $\mu$ , mas ao mesmo tempo níveis elevados de opióides endógenos no líquido cefalorraquidiano, sugere um efeito paradoxal no sistema opióide endógeno que, regra geral, é considerado anti nociceptivo. Assim, pode haver um benefício terapêutico na utilização de antagonistas dos recetores opióides, como a naltrexona (23).

A deficiência no sistema endocanabinóide foi correlacionada à fibromialgia, no entanto, até ao presente, não existe evidência suficiente para apoiar esta premissa. Apenas se sabe que o sistema canabinóide desempenha várias funções ao nível da modulação da dor e do *stress* no organismo, bem como, está envolvido em funções fisiológicas, como a inflamação e reconhecimento imunológico, função endócrina e cognitiva, entre outras. Assim, a manipulação deste sistema pode revelar um potencial terapêutico para a fibromialgia. De forma geral, o sistema endocanabinóide consiste em dois recetores CB1 e CB2, sendo que o primeiro é encontrado principalmente no SNC e o segundo em diferentes órgãos do organismo (24)(25). Os principais endocanabinóides são a *N*-Araquidonoiletanolamina (AEA) ou anandamida e 2-Araquidonoilglicerol (2-AG).

Numa situação de *stress*, é induzida uma libertação rápida de AEA em vários locais do SNC, resultando em analgesia por meio dos recetores CB1. Assim sendo, em situações de dor aguda e crónica, o efeito analgésico deve-se sobretudo aos agonistas do recetor CB1 que atuam em vários locais ao longo das vias de transmissão da dor, diminuindo a nociceção. Verificou-se que no caso de doentes com fibromialgia, os níveis de AEA estavam significativamente mais elevados, no entanto, a origem da patologia pode estar numa deficiente sinalização endocanabinóide (25).

É consensual que os principais sintomas da fibromialgia ocorrem devido a alterações no SNC. No entanto, há também hipóteses em que o sistema imunitário pode contribuir para a fisiopatologia desta doença, apesar de haver evidência de que a fibromialgia não é uma doença autoimune. O possível envolvimento da micróglia na fibromialgia, pode ser justificado pela inflamação em baixo grau causada pela dieta ou obesidade, porém são necessários mais estudos que o comprovem (26).

Outras teorias que relacionam a fibromialgia a um processo de inflamação, baseiam-se no facto de haver uma desregulação das vias imunoinflamatórias que vão promover alterações no circuito cerebral que modula as respostas à dor e ao humor. Os mecanismos inflamatórios que ocorrem em tecidos periféricos como a medula espinal e o cérebro, envolvem também neuros peptídios como as quimiocinas e citocinas. Estas são precursoras da ativação do sistema imune inato e adaptativo nos doentes com fibromialgia, resultando em sintomas clínicos característicos de inflamação, como edema e disestesia (alteração da sensibilidade, sobretudo táctil) (23).

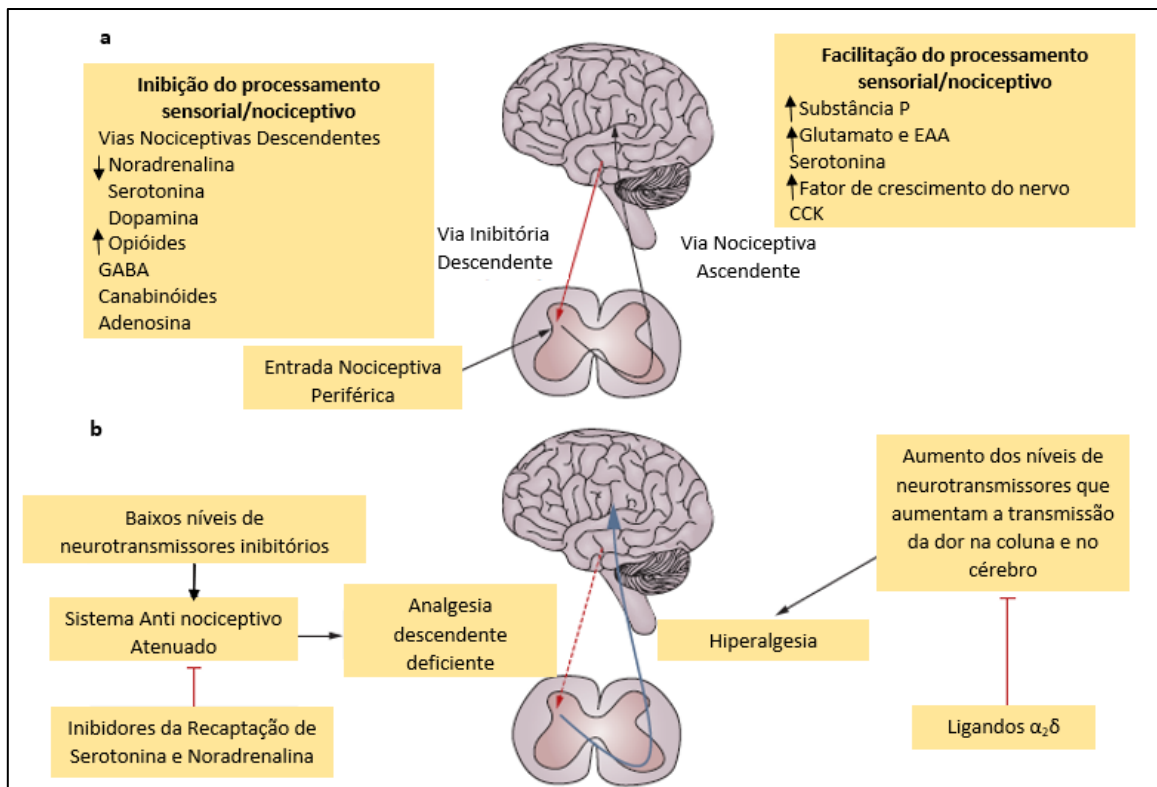


Figura 1.1 - Vias de processamento da dor implicadas na fibromialgia.

a) Neurotransmissores do SNC implicados na facilitação e inibição da transmissão sensorial da dor. Conforme a indicação das setas, os níveis dos neurotransmissores estão aumentados ou diminuídos em doentes com fibromialgia.

b) Processamento da dor na fibromialgia, de acordo com os níveis de neurotransmissores. Os baixos níveis de neurotransmissores inibitórios conduzem a um sistema anti nociceptivo atenuado. Por outro lado, os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina podem contribuir para o aumento da atividade anti nociceptiva. Os níveis dos neurotransmissores que facilitam o processamento sensorial, estão aumentados na fibromialgia e assim, contribuem para o aumento da atividade nas vias ascendentes de transmissão da dor. Os ligandos  $\alpha_2\delta$  (moduladores dos canais de cálcio, exemplo da gabapentina e pregabalina) podem contribuir para a diminuição da libertação de neurotransmissores excitatórios.

Abreviaturas: CCK: colecistocinina; EAA: aminoácidos excitatórios; GABA: ácido  $\gamma$ -aminobutírico.

Adaptado de (27). (Tradução da autora)

## 1.5. Sintomas

A fibromialgia caracteriza-se por possuir uma polissintomatologia complexa e por ser uma condição de dor crónica que envolve principalmente o sistema musculoesquelético, mas não só. Desta forma, um dos seus principais sintomas é a dor crónica generalizada, juntamente, com outros sintomas cardinais, como a fadiga e distúrbios do sono (18). Relativamente a estes dois sintomas chave da fibromialgia:

- Fadiga, que pode ser física ou mental e variar entre um cansaço leve a um estado de exaustão, como o vivenciado em estados gripais (18);
- Distúrbios do sono, sendo que estes incluem tanto insónias como despertares frequentes. Em doentes com fibromialgia, mesmo que a qualidade e a duração do sono sejam normais, é descrita frequentemente, uma sensação de não ter descansado o suficiente, pelo que isto realça a importância de um sono reparador (18).

No diagnóstico de fibromialgia, o exame físico revela apenas uma sensibilidade aumentada à pressão em determinados pontos, que se traduzem por pontos dolorosos. Os doentes fibromiálgicos recorrem a inúmeros descritores da dor e muitas vezes esta pode assemelhar-se à dor neuropática. Há uma série de fatores que podem condicionar o tipo, localização e gravidade da dor, como por exemplo, as diferenças de temperatura, *stress* físico e/ou mental, atividades laborais e outras comorbilidades que possam estar associadas (18). Posto isto, importa aprofundar de seguida a dor, e tudo o que lhe está associado, pois trata-se de um dos principais sintomas da fibromialgia.

### 1.5.1. Dor

Definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que se encontra associada a danos efetivos ou potenciais ao nível dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (28).

A definição de dor não deve ser interpretada de forma isolada. Estão-lhe associadas um conjunto de notas que ressaltam que a sensação de dor é uma

experiência pessoal, devendo ser respeitada quando relatada (a descrição verbal é apenas uma das formas de expressar dor, no meio de inúmeros outros comportamentos) e é influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim sendo, é um conceito que se desenvolve por meio das experiências de vida de um indivíduo (28).

É importante salvaguardar que há uma distinção entre dor e nociceção. A dor não advém apenas da atividade de neurónios sensoriais, e para além de representar um papel adaptativo, pode trazer consequências ao nível da função biológica e no bem-estar social e psíquico (28).

Para que a sensação de dor seja sentida é necessário que o indivíduo esteja consciente. O sinal doloroso percorre um circuito que vai do local onde ocorreu o estímulo, até ao SNC através dos neurónios aferentes e, de seguida, desde o SNC até aos músculos, glândulas e órgãos pelos neurónios eferentes. Desta forma, o sinal doloroso percorre todo o organismo num circuito, como ilustrado na figura 1.2 (29).

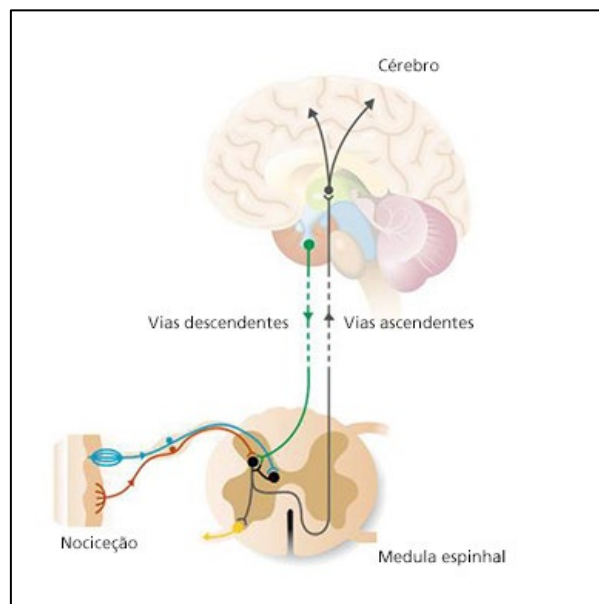


Figura 1.2 - Mecanismo básico da dor. Adaptado de (29).

#### 1.5.1.1. Dor Crónica

A dor pode ser definida numa base temporal e assim, subdividida em dor aguda e dor crónica. Relativamente a esta última, na qual se encaixa a dor fibromiálgica, em muitas situações pode resultar da dor aguda, tornando-se num problema crónico pois é caracterizada por persistir para além do tempo médio de recuperação normal de uma lesão (29). Posto isto, a dor crónica não é bem delimitada no tempo, apenas tem de persistir, no mínimo, durante 3 a 6 meses e pode mesmo afetar os doentes durante vários anos. Estão-lhe associadas alterações significativas na personalidade dos doentes, nos seus estilos de vida e capacidade funcional, bem como, em perturbações do sono, redução do apetite, diminuição da capacidade de concentração e irritabilidade. Assim, a dor crónica afeta bastante a qualidade de vida dos indivíduos que a têm diagnosticada, como é o caso de doentes portadores de fibromialgia (30).

A dor crónica pode resultar da mistura dos três tipos de dor: dor nociceptiva, dor neuropática e dor centralizada - ou manifestar-se apenas através de um dos tipos de dor mencionados (22).

##### 1.5.1.1.1. Dor Nociceptiva

A dor nociceptiva associada à dor crónica provém de danos tecidulares associados a lesões somáticas (exemplo de, metástases ósseas ou espasmos musculares), ou viscerais identificáveis (exemplo de, obstrução intestinal ou hepatomegalia) (30). Este tipo de dor resulta da estimulação mecânica ou química (estímulo nóxico) diretamente nos recetores nociceptores, pelo que estes são capazes de transduzir e codificar o estímulo nocivo, ocorrendo uma sinalização neural normal para o cérebro. A dor nociceptiva caracteriza-se por ser uma dor bem localizada, contínua, latejante ou em câibra (9).

Este tipo de dor deriva de um normal funcionamento do sistema nervoso somatossensorial, em oposição à dor neuropática (31).

#### 1.5.1.1.2. Dor Neuropática e Dor Centralizada

Estes dois tipos de dor são ambos desassociados do estímulo nódico e tanto podem surgir de forma episódica, como contínua. Enquanto a dor neuropática resulta de uma lesão ou doença no sistema nervoso somatossensorial, resultando de uma atividade neural anormal e podendo ser descrita como central ou periférica, consoante a localização da lesão no sistema nervoso. A dor centralizada ou dor nociplástica resulta de um distúrbio ao nível do SNC, que causa hipersensibilidade e sensação de dor, não existindo qualquer lesão ou inflamação nos nervos, apenas uma dor que surge da nociceção alterada (22)(32).

Podem existir várias síndromes de dor neuropática como a neuropatia diabética e a neuropatia pós-herpética e de dor centralizada como a fibromialgia e a síndrome do intestino irritável. No entanto, relativamente a estes tipos de dor não se conhece que haja algum propósito da sua ocorrência, como acontece na dor nociceptiva. Acresce que as síndromes resultantes são difíceis de tratar, pois a dor não é detetável por exames físicos (22).

Tanto a dor neuropática, como a dor centralizada são frequentemente descritas pelos doentes, como uma dor tipo choque elétrico ou queimadura, mas muitas vezes pode ser acompanhada de sensações anormais não dolorosas, nomeadas como parestesias e/ou disestesias (sensação de formigueiro, dormência, ou picadas de alfinetes) e também de hiperalgesia e alodínia (22)(31)(33).

### 1.5.1.2. Descritores da Dor

Tendo em conta que a dor é subjetiva, e por vezes muito difícil de expressar por palavras qual a sensação, ao que é que se equipara, e como pode ser descrita, surgiu a necessidade da criação de um “Código Visual da Dor” (figura 1.3). Este permite aos profissionais de saúde uma melhor compreensão e comunicação com os doentes que sofrem com dor (29).

Perante um conjunto de imagens que representam sensações que se podem comparar com a dor que o doente esteja a sentir, o profissional de saúde pede ao doente que identifique a imagem que melhor traduz a sua dor de modo a facilitar o diagnóstico. Por exemplo, a dor “espasmo agudo” normalmente é associada à dor visceral, e as dores de “ferro em brasa”, “formigueiro” e “queimadura” podem ser características de dor neuropática (29).

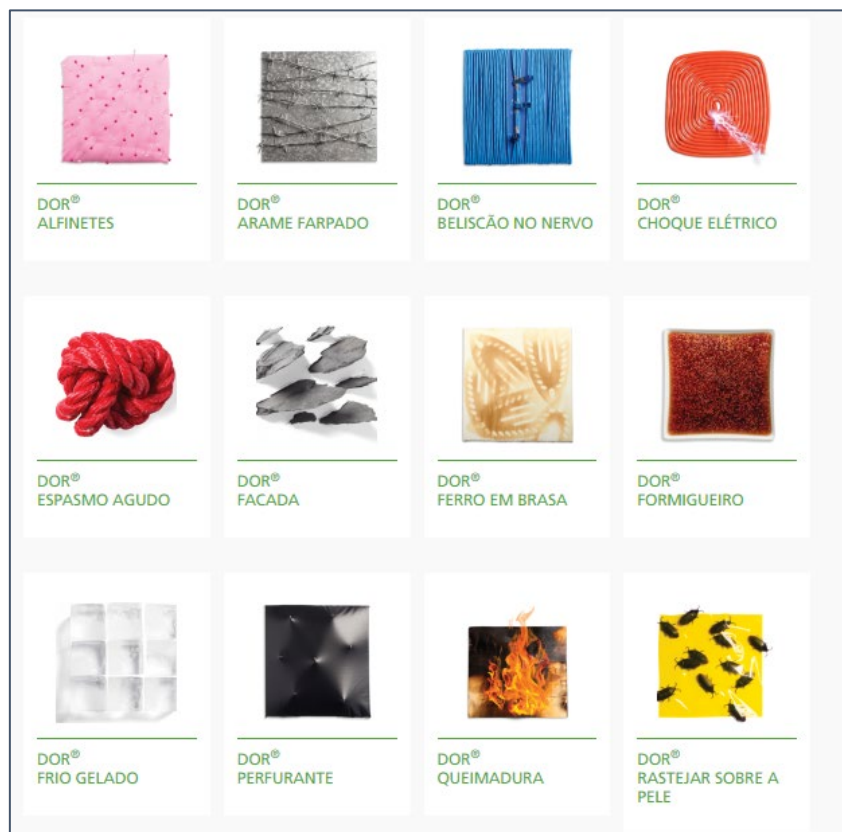


Figura 1.3 - Código Visual da Dor. Adaptado de (29).

### 1.5.1.3. Escalas de avaliação da intensidade da dor

A dor é considerada como o 5º sinal vital pela DGS, existindo assim uma expressão formal e regular na documentação relativamente à dor. Deste modo, dá-se prioridade ao doente como o melhor avaliador da dor que sente, facultando-lhe ferramentas que possam objetivar a forma como a descreve. A determinação da intensidade da dor deve ser feita tanto no momento inicial para diagnóstico, como ao longo de todo o tratamento para determinar a sua efetividade (29)(34)(35).

A “Escala Visual Analógica” (EVA), a “Escala Numérica”, a “Escala Qualitativa” e a “Escala de Faces”, são algumas das escalas de medição da intensidade da dor que se encontram validadas internacionalmente. No entanto, existem outras escalas como a DOLOPLUS, utilizada para avaliação comportamental da dor na pessoa idosa, bem como questionários, como o *Brief Pain Inventory* e o *McGill Pain Questionnaire*. Cada um destes instrumentos de avaliação da intensidade da dor tem uma determinada população alvo, e podem ser mais específicos para um determinado tipo de dor (34)(35). Assim sendo, deve ser selecionada uma das escalas que se adegue ao doente e deve manter-se sempre a mesma, exceto se ocorrer alguma alteração clínica que justifique a mudança. É importante que o doente compreenda o significado e a utilização da escala escolhida, e que o profissional de saúde preencha uma *Folha de Registo dos Sinais e Sintomas Vitais* que suporte a intensidade da dor que o doente descreveu naquele momento (34)(35).

#### 1.5.1.3.1. Escala Visual Analógica

A EVA (figura 1.4), permite avaliar todos os tipos de dor e é indicada para doentes a partir dos seis anos de idade. É uma escala de referência na avaliação da dor que consiste numa linha horizontal ou vertical, que apenas tem assinalada nas suas extremidades “Sem Dor” e “Dor Máxima” (34)(35). O doente terá de assinalar com uma cruz num ponto da linha, entre as suas extremidades que corresponda à intensidade da dor que sente. Posteriormente, será medida a distância do local assinalado à extremidade “Sem Dor” (corresponde a dor 0) e tendo em conta, que a escala tem 10 centímetros (cm) de comprimento obter-se-á uma classificação numérica (34)(35).

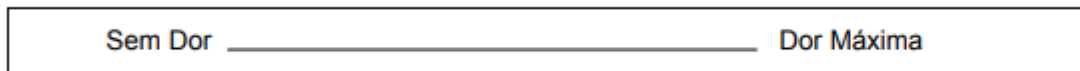


Figura 1.4 - Escala Visual Analógica. Adaptado de (35).

#### 1.5.1.3.2. Escala Numérica

A Escala Numérica ou Escala de Avaliação Numérica (EAN) (figura 1.5), permite avaliar todos os tipos de dor e apesar de, também ser indicada para doentes a partir dos 6 anos de idade, requer que estes saibam contar com noção de grandeza numérica. Para a utilização desta escala não é necessário um instrumento físico, basta apenas questionar, por exemplo, “De 0 a 10, como classifica a sua dor?”. Tem como desvantagem, o facto de ser sensível ao efeito de memória (34)(35). Esta escala consiste numa régua dividida em partes iguais, que estão numeradas de 0 a 10 e é pedido ao doente que correlacione a intensidade da dor que sente, com a grandeza numérica, tendo em conta que 0 corresponde a “Sem Dor” e 10 a “Dor Máxima” (34)(35).

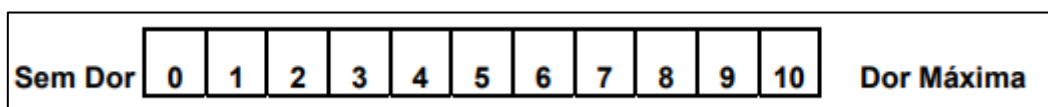


Figura 1.5 - Escala Numérica. Adaptado de (35).

#### 1.5.1.3.3. Escala Qualitativa

Esta escala (figura 1.6), pode ser utilizada sem recurso a um instrumento físico, visto que corresponde apenas a cinco adjetivos descritos de forma ordenada: “Sem Dor”; “Dor Ligeira”; “Dor Moderada”; “Dor Intensa”; “Dor Máxima”. É solicitado ao doente que, de acordo com a intensidade da dor que sente, escolha um dos adjetivos que melhor a caracterize (34)(35). A *Escala Qualitativa* tem como desvantagens, a ausência de consenso dos adjetivos a utilizar, e a sensibilidade ao efeito da memória. Em contrapartida, permite quantificar todos os tipos de dor e pode ser utilizada em doentes com idade superior a 4 anos (34)(35).



Figura 1.6 - Escala Qualitativa. Adaptado de (35).

#### 1.5.1.3.4. Escala de Faces

A *Escala de Faces* (figura 1.7), pode predispor a avaliar mais a componente emocional do que sensorial da dor, pois consiste numa sequência de seis mímicas numeradas de 0 a 5, em que a mímica 0 e com expressão de felicidade corresponde a “Sem Dor” e a mímica 5 e com expressão máxima de tristeza corresponde a “Dor Máxima”. É pedido ao doente que identifique qual a mímica que melhor traduz a intensidade da dor que sente (34)(35). Esta escala pode ser utilizada por doentes a partir dos 3 anos de idade e também permite quantificar todos os tipos de dor (34)(35).

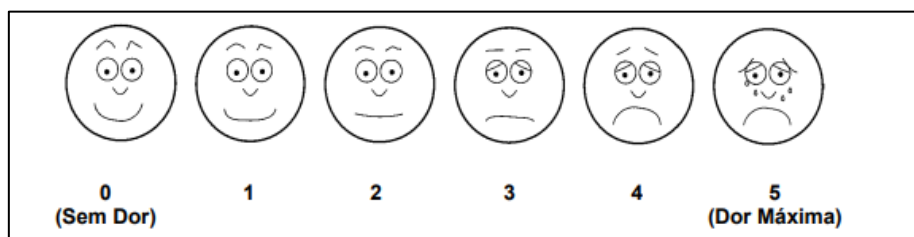


Figura 1.7 - Escala de Faces. Adaptado de (35).

### 1.5.2. Outro Sintomas

Podem surgir outros sintomas que não sejam explicados por causas estruturais ou patologicamente definidas, designados sintomas somáticos. Estes podem também fazer parte da polissintomatologia complexa da fibromialgia. A gravidade dos sintomas somáticos varia de doente para doente, e consoante o decurso da patologia. Destacam-se as disfunções cognitivas, os sintomas psiquiátricos e autónomos, a rigidez, as síndromes regionais de dor e a hipersensibilidade aos estímulos externos (18).

A disfunção cognitiva, vulgarmente conhecida como *fibrofog*, caracteriza-se por distúrbios causados ao nível da memória no dia-a-dia, no grau de atenção e na execução de funções. É frequentemente descrita pelos doentes como uma sensação de confusão, falta de ritmo e perceção no planeamento e desempenho das atividades diárias (25). De entre os sintomas mais graves da fibromialgia, salientam-se o défice de memória e a disfunção cognitiva sendo que nesta última, fatores como a depressão, ansiedade e os distúrbios do sono podem ter um impacto negativo. São muito comuns as síndromes dolorosas idiopáticas numa determinada região corporal, como por exemplo as cefaleias, com ou sem historial clínico. A dispepsia, a dor abdominal e a alternância entre obstipação e diarreia, também são sintomas frequentes e podem fazer parte de um quadro de intestino irritável que se desenvolveu. Muitos doentes com fibromialgia apresentam distúrbios geniturinários, como por exemplo, urgência urinária na ausência de infeções no trato urinário, dismenorreia ou vestibulite vulvar o que, por sua vez, pode condicionar a vida sexual do doente. A rigidez é outro sintoma que pode interferir no dia-a-dia de um doente com fibromialgia, apesar de a rigidez matinal não exceder normalmente os 60 minutos (18). Relativamente aos sintomas de autonomia, estes podem manifestar-se em qualquer região corporal e relacionam-se com a gravidade da fibromialgia. Os doentes podem descrever a sensação de boca e olhos secos (xerostomia e xeroftalmia, respetivamente), visão turva e fotofobia, Síndrome de *Raynaud*, desconforto nos membros inferiores e necessidade contínua de os mover (Síndrome das Pernas Inquietas), e sensação de instabilidade ou tonturas, principalmente após longos períodos em pé (18).

Um doente com fibromialgia, regra geral, possui emoções negativas fortes que se associam a um estado de sofrimento generalizado. Desta forma, os distúrbios psicológicos generalizados, como a ansiedade e a depressão são prevalentes nestes doentes, condicionando-lhes a qualidade de vida e o prognóstico da fibromialgia. Na figura 1.8, abaixo, estão resumidos os principais sintomas da fibromialgia, sendo que a rosa estão os sintomas cardinais e a cinzento, os sintomas somáticos mais comuns (18).

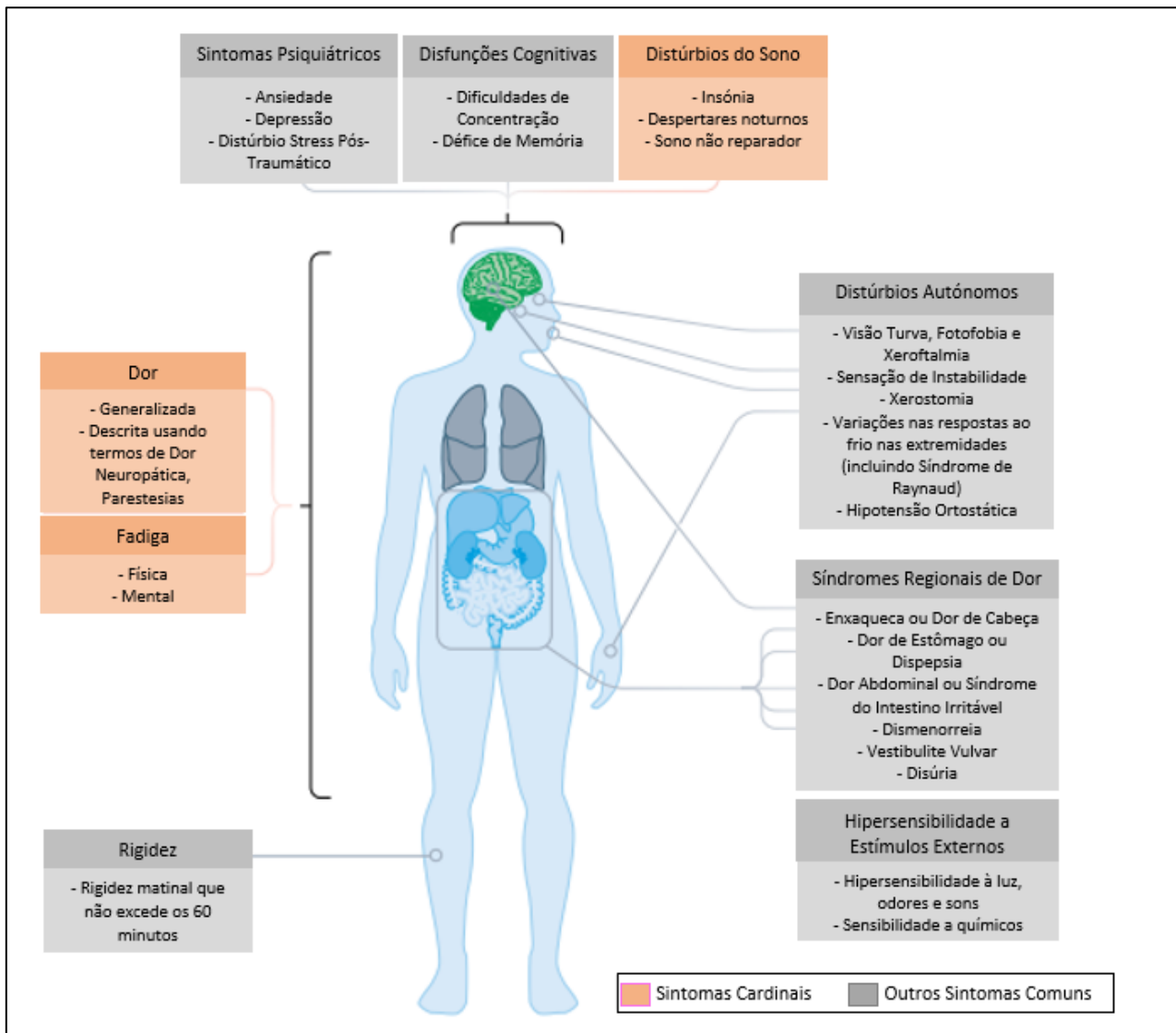


Figura 1.8 - Síntese dos principais sintomas da fibromialgia. Adaptado de (18). (Tradução da autora)

## 1.6. Critérios de Diagnóstico para Fibromialgia

Os critérios de diagnóstico mais conhecidos são os do ACR e são também os recomendados pela *guideline Canadian Rheumatology Association (CRA)* para se efetuar o diagnóstico (36).

Segundo os critérios de classificação de 2010 do ACR para a fibromialgia, o diagnóstico é feito dando maior ênfase aos sintomas descritos pelo doente e não pela contagem de pontos dolorosos, como era feito anteriormente seguindo os critérios do ACR de 1990. Como ilustrado na figura 1.9, no passado, teria de haver uma sensibilidade à pressão aplicada em 11, dos 18 pontos anatómicos considerados, para um diagnóstico de dor crónica generalizada. Esta é definida como dor nos lados esquerdo e direito do corpo, acima e abaixo da cintura e tem de estar presente dor esquelética axial (37)(38).

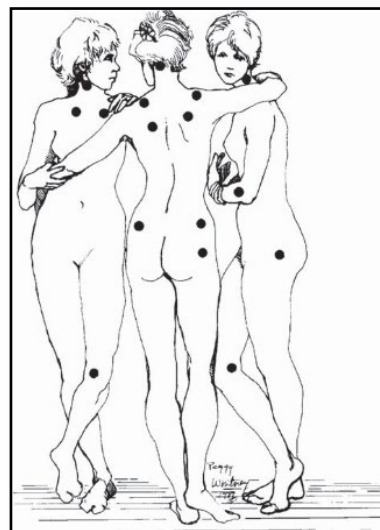


Figura 1.9 - Técnica anterior de diagnóstico seguida pelos critérios do ACR de 1990. Adaptado de (38).

Contudo, e tendo em conta os critérios do ACR de 2010, os doentes são avaliados segundo um índice de dor generalizada (*Widespread Pain Index - WPI*), em que o corpo é dividido em 19 regiões que se encontram descritas no quadro 1.1, e cada uma destas é pontuada com um ponto, consoante seja uma região descrita como dolorosa ou não. É também atribuído um *score* à gravidade de sintomas que o doente possa relatar (e que não advenham de outra patologia definida) tais como fadiga, distúrbios do sono e disfunção cognitiva. Estes variam num *score* de 0 a 3, que indica o nível de severidade dos mesmos na semana anterior. Os sintomas somáticos que também possam ser descritos pelo doente são avaliados num *score* de 0 a 3 consoante a extensão dos mesmos (37)(38).

Assim sendo, a gravidade dos sintomas resulta da soma do *score* dos três sintomas de base da fibromialgia (fadiga, distúrbios do sono e disfunção cognitiva) com o *score* atribuído à extensão dos sintomas somáticos descritos pelo doente, obtendo-se um *score* entre 0 e 12 (37)(38).

Posto isto, um doente é diagnosticado com fibromialgia se não possuir um outro distúrbio que possa justificar a dor, se os sintomas persistirem com o mesmo grau de intensidade há, pelo menos, 3 meses e se  $WPI \geq 7$ , bem como gravidade dos sintomas  $\geq 5$ , ou  $WPI$  3-6 e gravidade dos sintomas  $\geq 9$  (37).

Quadro 1.1 - Divisão corporal em 19 regiões que permitem a avaliação do  $WPI$  – ACR 2010.

Adaptado de (37).

Regiões corporais consideradas para o $WPI$
Cintura escapular esquerda e direita
Antebraço esquerdo e direito
Braço esquerdo e direito
Anca (nádega, trocânter) esquerda e direita
Coxa esquerda e direita
Perna esquerda e direita
Mandíbula esquerda e direita
Região dorsal e cervical
Região lombar e torácica
Pescoço

Os critérios do ACR de 2010 foram alvo de atualizações, nomeadamente logo em 2011, com uma alteração de que o diagnóstico poderia ser feito apenas baseado no autorrelato do utente, com a advertência que nesse caso, os critérios deveriam de ser utilizados para estudo do caso e não para efetuar um diagnóstico clínico (39).

Em 2016, os critérios do ACR foram alvo de outra atualização, determinando que o diagnóstico de fibromialgia num adulto, seja efetuado se a dor generalizada de que se queixa for definida em, pelo menos, quatro das cinco regiões predefinidas, descritas no quadro 1.2. A estas é-lhes atribuído um *score* entre 0 e 19. Para além disto, para se confirmar o diagnóstico, o utente deve apresentar sintomatologia no mínimo há 3 meses, e os *scores* do  $WPI$  e da gravidade dos sintomas devem encontrar-se dentro dos seguintes intervalos:  $WPI \geq 7$  e gravidade dos sintomas  $\geq 5$ , ou  $WPI$  entre 4 e 6 e gravidade dos sintomas  $\geq 9$ . Note-se que o *score* atribuído à gravidade dos sintomas é

atribuído de 0 a 3, para cada um dos seguintes sintomas: fadiga, distúrbios do sono e disfunção cognitiva. Considerando que, 0 equivale a “não tem problemas” e 3 a “severo: problemas persistentes, contínuos e [que] perturbam o quotidiano”. Posto isto, poderá ser atribuído um *score* entre 0 e 9 para este campo, a somar ao *score* que pode variar de 0 a 3, atribuído aos seguintes sintomas que tenham acompanhado o doente nos últimos 6 meses: cefaleias, dor ou câibras no abdómen inferior e depressão. Obtém-se assim um *score* final, para gravidade dos sintomas, de 0 a 12 e, desta forma, a escala de *Fibromyalgia Symptom* resulta da soma dos *scores* de *WPI* e gravidade dos sintomas (40). Os critérios de diagnóstico descritos encontram-se no anexo 1.

É de acrescentar também, que segundo esta nova revisão de critérios, um diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outras patologias de importância clínica. Desta forma, um doente pode ser diagnosticado com fibromialgia, independentemente de outras patologias que possa ter (40).

Esta nova revisão de critérios visa minimizar alguns erros de classificação da dor em determinadas regiões do corpo, assim como pretende extinguir as recomendações anteriormente estabelecidas, de que o diagnóstico de fibromialgia estava dependente de outras patologias e por isso, não poderia ser diagnosticado. É também recomendada a utilização de uma escala de *Fibromyalgia Symptom* que permite uma medição quantitativa da gravidade dos sintomas da fibromialgia. Assim, obtém-se um conjunto único de critérios que deriva, daqueles que só se baseavam no clínico (*ACR 2010*) e dos que só se baseavam no utente (*ACR 2011*), estabelecendo-se atualmente um equilíbrio entre ambos. Desta forma, pode concluir-se que, hoje, os critérios para o diagnóstico da fibromialgia têm boa especificidade e sensibilidade (40).

Quadro 1.2 - Regiões corporais predefinidas para avaliação do WPI - ACR 2016. Adaptado de (40).

WPI: áreas predefinidas para situar onde é que o doente sentiu dor na última semana				
Região Superior Esquerda (Região 1)	Região Superior Direita (Região 2)	Região Inferior Esquerda (Região 3)	Região Inferior Direita (Região 4)	Região Axial (Região 5)
Mandíbula esquerda*	Mandíbula direita*	Anca (nádega, trocânter), esquerda	Anca (nádega, trocânter), direita	Pescoço
Cintura escapular esquerda	Cintura escapular direita	Coxa superior, esquerda	Coxa superior, direita	Parte superior das costas
Antebraço esquerdo	Antebraço direito	Coxa inferior, esquerda	Coxa inferior, direita	Parte inferior das costas
Braço inferior, esquerdo	Braço inferior, direito			Tórax*
*Dor nas mandíbulas, tórax e abdominal não estão incluídas na definição de dor generalizada.				Abdómen*

Para além dos critérios do ACR para diagnóstico da fibromialgia, surgiu outro critério de diagnóstico com o objetivo de ser prático para os médicos e investigadores, e de se chegar a um consenso e uniformidade no diagnóstico de fibromialgia. Importa mencionar os critérios da AAPT de 2019 (*Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Translations Innovations Opportunities and Networks - ACTION-APS Pain Taxonomy*) que surgiram de uma parceria público-privada da FDA com a *American Pain Society* (APS) (41).

Segundo os critérios da AAPT de 2019, há uma distinção entre dor crónica generalizada e dor *multisite*, sendo que esta última se designa por uma contagem simples do número de locais do corpo com dor, enquanto a primeira implica uma distribuição anatómica específica da dor descrita (26). Posto isto, os critérios de diagnóstico principais da AAPT têm em conta a dor *multisite*, sendo que um doente tem que ter 6 ou mais locais com dor de um total de 9 possíveis (cabeça, braço esquerdo e direito, peito, abdómen, parte superior e inferior das costas incluindo coluna e nádegas, perna esquerda e direita). Para além disto, tem de possuir também distúrbios de sono

moderados a graves ou fadiga. A dor *multisite* juntamente com a fadiga, ou os distúrbios de sono têm de estar presentes há pelo menos 3 meses. Estes critérios também têm em conta o facto da presença de outro distúrbio de dor, ou outros sintomas relacionados, não excluir o diagnóstico de fibromialgia (26)(41).

### 1.7. Diagnóstico Diferencial

A fibromialgia é uma patologia que pode possuir vários sintomas clínicos distintos. Deste modo, pode originar confusão com outras patologias que partilham da mesma sintomatologia e que poderão ter um tratamento de base. Assim sendo, é necessário fazer um diagnóstico diferencial, para que se possa despistar se a sintomatologia descrita pelo doente vai de encontro a um diagnóstico de fibromialgia, ou a outra patologia com sintomas semelhantes. Com isto, há também muitas outras síndromes que não são exclusivas da fibromialgia e se sobrepõem concomitantemente (20).

Para um diagnóstico mais preciso e exato de fibromialgia, é necessário o despiste de doenças inflamatórias e autoimunes. A título de exemplo, refira-se a artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistémico e polimialgia reumática. É importante também excluir que a sintomatologia se deva a distúrbios musculares e mialgias, endocrinopatias como hipotireoidismo e hiperparatiroidismo, distúrbios neurológicos, como neuropatias periféricas, síndromes de compressão de nervos, esclerose múltipla e miastenia *gravis* e ainda, síndrome de dor miofascial, disfunção da Articulação Temporomandibular, dor lombar e distúrbios de dor de cabeça (20).

Alguns medicamentos poderão contribuir para a dor e é importante que o clínico averigue a sua toma por parte do doente, nomeadamente, estatinas, bifosfonatos e opióides. Com isto, pretende-se despistar a dor causada por iatrogenia medicamentosa (26). No quadro 1.3, encontram-se mais alguns fármacos que podem mimetizar os principais sintomas da fibromialgia (42).

Por se ter conhecimento que um doente com fibromialgia não revela alterações nos exames físicos e laboratoriais a que é submetido, ao contrário do que acontece com

os distúrbios/síndromes acima descritos, é possível descartar diagnósticos incorretos (20).

Para um diagnóstico de fibromialgia, por norma não são pedidas análises laboratoriais extensas, sendo requisitado simplesmente um hemograma completo, análise da proteína C reativa e /ou taxa de hemossedimentação, análise geral ao padrão metabólico e à função tiroideia. Dependendo do historial clínico do doente, podem ser pedidos mais exames complementares e outro tipo de análises laboratoriais mais específicas (26)(43). Deve ser realizado um exame físico completo, apenas a fim de despistar outras síndromes como referido anteriormente, contemplando com especial atenção as articulações e tecidos moles (músculos, ligamentos e tendões). A sua palpação tem como objetivo avaliar sinais de sinovite ou inflamação levando à consideração de outras condições patológicas. Geralmente, doentes com fibromialgia que relatam parestesias após a aplicação de pressão moderada em vários locais dos tecidos moles, são sujeitos, posteriormente, a um exame neurológico (21).

O que foi descrito anteriormente assenta nas recomendações da *guideline European League Against Rheumatism (EULAR)* sobre a fibromialgia. Esta salienta a importância de se recolher a história do doente e proceder a um exame físico. Assim, é possível efetuar-se um diagnóstico de fibromialgia e despistar outras comorbilidades passíveis de serem tratadas, referenciando o doente para outros especialistas se necessário (44).

*Quadro 1.3 – Fármacos de destaque que podem mimetizar os principais sintomas da fibromialgia. Adaptado de (42). (Tradução da autora)*

<b>Dor</b>	Estatinas; Neurolépticos; Vitamina A; Inibidores da Bomba de Protões; Quinolonas
<b>Fadiga</b>	Inibidores da Bomba de Protões; Benzodiazepinas
<b>Cefaleias</b>	Inibidores da Bomba de Protões; Contraceptivos Orais; Vitamina A
<b>Insónias</b>	Vitamina B; Bloqueadores dos Canais de Cálcio; Betabloqueadores; Broncodilatadores; Contraceptivos Orais; Cortisona; Levotiroxina
<b>Mau estar geral</b>	Beta-histina; Betabloqueadores

## 1.8. Patogenia e Fatores de Risco

Dada a complexidade da fibromialgia, não lhe está associada uma causa única, acreditando-se na junção de uma série de causas. Desta forma, considera-se a fibromialgia como uma doença com etiologia multifatorial, podendo incluir fatores ambientais e genéticos (45). No passado, esta patologia era considerada uma condição psicogénica, no entanto, esta visão foi refutada perante estudos mais recentes. Atualmente, a fibromialgia é classificada como um distúrbio neuro sensorial, após se ter identificado uma sensibilização central e um processamento nociceptivo anormal em doentes com fibromialgia (21). Neste sentido, as principais áreas onde tem incidido a investigação para se chegar à patogenia da fibromialgia são sobretudo, ao nível do SNC e Sistema Nervoso Autónomo (SNA), músculo, sono, causas genéticas, sistema imunitário, metabolismo e estado psíquico dos doentes (45).

A fibromialgia, sendo uma patologia crónica, enquadra-se no modelo biopsicossocial de doença crónica de *Engel*, ou seja, o estado de saúde de um doente fibromiálgico e os seus resultados, são influenciados pela interação de fatores biológicos, psicológicos e sociológicos (45).

A nível biológico são considerados como principais fatores de risco, não modificáveis, desencadeantes de fibromialgia ou agravantes da sua sintomatologia, os fatores genéticos, a presença de outras condições dolorosas e o sexo feminino (21). Relativamente aos primeiros, a predisposição genética parece ter um papel fundamental, pois muitos dos doentes com fibromialgia relatam uma história familiar de dor crónica. Foram também identificados vários polimorfismos em genes da via nociceptiva, que levam a um aumento da perceção da dor e podem ser associados à fibromialgia (21)(45). O facto de haver outras condições dolorosas associadas a esta patologia pode resultar numa sensibilização central secundária. Estudos descrevem que 20% a 30% dos doentes com fibromialgia possuem doenças inflamatórias como artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistémico, assim como doenças sintomáticas crónicas, com mecanismos centrais semelhantes à fibromialgia (por exemplo, dor nas costas crónica, síndrome do intestino irritável e distúrbios temporomandibulares) (46). Ser do sexo feminino também pode ser considerado fator de risco, devido às alterações nos

níveis das hormonas reprodutivas, que podem influenciar os sistemas de modulação central da dor (21)(45).

Os fatores de risco modificáveis, biológicos, incluem principalmente, distúrbios do sono, sedentarismo e obesidade ou excesso de peso. Um estudo revelou que mulheres obesas ou com sobrepeso, e que não praticam atividade física, tinham mais probabilidade de desenvolver fibromialgia (47). A insónia também aumenta em dobro a probabilidade de a desenvolver (21). Apesar de esta não ser uma causa primária da fibromialgia, sabe-se que contribui para o humor negativo e dificuldades cognitivas (45).

Outras variáveis biológicas que podem ser fatores de risco para a fibromialgia:

- Idade, pelo facto de a prevalência da fibromialgia aumentar com a mesma (18)(45);
- Presença de inflamação, apesar de ser considerado como um fator isolado improvável, pode contribuir para a exacerbação e sintomas através da estimulação do nervo vago por citocinas (45);

Destaca-se como fator protetor contra a fibromialgia:

- Exercício físico regular (45). Um estudo mostrou que interromper o estágio 4 do sono, num grupo de controlo saudável, mas sedentário, provocou o aparecimento de sintomas musculoesqueléticos e de humor deprimido, semelhantes aos observados em doentes com fibromialgia. A mesma interrupção do sono num grupo de controlo saudável e que pratica exercício físico regularmente, não conduziu ao aparecimento de sintomas de fibromialgia (48).

Os fatores psicológicos, que derivam por exemplo, de experiências pessoais (trauma emocional do passado, morte de um familiar, situação de divórcio, etc.), também podem potenciar o desenvolvimento de fibromialgia ou agravá-la. O mesmo se verifica com as patologias do foro psicológico como depressão e ansiedade, sendo que estas também podem coexistir com a fibromialgia. Cerca de 25% a 65% dos doentes fibromiálgicos apresentam depressão e/ou ansiedade (18)(45). A depressão é altamente prevalente em doentes com fibromialgia, pelo que é difícil avaliar se essa condição

precede a fibromialgia ou é secundária. A relação entre a dor e a depressão tem duas vertentes, uma em que a depressão crónica pode induzir a sensibilização central, o que consequentemente diminui o limiar nociceptivo; e a outra em que a dor crónica pode estar associada a alterações de humor que podem desencadear um estado depressivo (18). Os fatores cognitivo-comportamentais, como o baixo nível de resiliência, também estão associados a uma maior probabilidade de desenvolver *stress* pós-traumático, ansiedade ou transtornos de humor, que são muito prevalentes em doentes com fibromialgia (18).

Relativamente a fatores socioculturais, embora com menos evidência e destaque, sabe-se que a tolerância à dor pode ser influenciada pela cultura (45).

### 1.9. Questionários de Avaliação do Impacto da Fibromialgia

Após diagnóstico de fibromialgia, e antes de iniciar qualquer abordagem terapêutica, é aconselhada uma avaliação inicial do impacto da patologia no quotidiano do doente durante os seus últimos sete dias (43). Para isto, é utilizado o *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)* ou a sua versão mais atualizada, o *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)*, em anexo 2 (49).

O *FIQ* é uma das ferramentas mais utilizadas na avaliação de doentes com fibromialgia e foi publicado em 1991, sofrendo revisões subsequentes. Esta ferramenta foi citada em mais de 300 artigos e traduzida para 14 idiomas, no entanto, com o passar do tempo salientaram-se alguns aspetos do seu conteúdo e ao nível do algoritmo de pontuação que revelaram ter limitações. Surgiu então o *FIQR* que manteve as propriedades essenciais do *FIQ*, mas com algumas alterações (49).

O *FIQR* é um questionário de autorrelato que visa medir a capacidade funcional e a gravidade da fibromialgia nos doentes por esta afetados. Essencialmente, esta ferramenta mais atualizada, permite discriminar doentes com fibromialgia de doentes com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistémico e transtorno depressivo *major*, devido a 4 itens que foram introduzidos num dos domínios (o dos sintomas), relacionados com a sensibilidade, memória, equilíbrio e sensibilidade ambiental. O *FIQR* é um questionário que não leva mais de 3 minutos a ser concluído, é aplicável a ambos

os sexos e a todos os níveis socioeconómicos, validado para adaptação transcultural, fácil de pontuar e pode ser utilizado *online*. Tem ainda a vantagem de permitir comparar estudos que utilizaram o *FIQ* original, com estudos que utilizaram o *FIQR*, devido a este ter uma boa correlação (49)(50).

A constituição do *FIQR* engloba 21 questões, sendo estas divididas por 3 domínios da fibromialgia: a função (9 itens – de 1 a 9), o impacto geral da patologia (2 itens – 10 e 11) e os sintomas mais comuns da mesma (10 itens – de 12 a 21). Todas as questões são enquadradas no contexto dos últimos 7 dias da vida do doente e são baseadas numa escala de avaliação numérica de 11 pontos de 0 a 10, sendo 10 o nível mais elevado de gravidade. A pontuação do *FIQR* é obtida através da soma das pontuações dos 3 domínios modificados. Após a soma dos itens do domínio: “função”, a pontuação é dividida por 3, variando de 0 a 30; do domínio “impacte geral” a pontuação é dividida por 1, ou seja, corresponde apenas à soma dos seus itens e pode estar compreendida entre 0 a 20; do domínio “sintomas comuns” a pontuação é dividida por 2, alternando entre 0 e 50. Posto isto, a pontuação máxima do *FIQR* é 100, sendo que quanto mais elevada, maior é o impacto da fibromialgia na vida do doente (43)(49)(50).

Outros questionários também validados para a avaliação da fibromialgia e da dor crónica generalizada incluem o *Fibromyalgia Assessment Status (FAS)*, o *Fibromyalgia Survey Criteria (FSC)* ou *Fibromyalgia Survey Questionnaire (FSQ)* e o *The Patient Health Questionnaire 15 (PHQ15)*(18). O *FAS* é um questionário simples de autoadministração e que combina a avaliação do doente relativamente à fadiga, distúrbios do sono e dor. Esta é avaliada com base em 16 locais não articulares predefinidos, numa escala de 0 a 10 (51). O *FSC* avalia os principais sintomas da fibromialgia e tem a principal vantagem de poder ser administrado em pesquisas e ambientes, onde não é favorecido o método de entrevista para avaliar o número de locais dolorosos e extensão, intensidade dos sintomas somáticos, assim como o exame de pontos sensíveis (52). O *PHQ15* é um questionário que compreende 15 sintomas somáticos do *Patient Health Questionnaire (PHQ)*, sendo este uma versão autoaplicável do instrumento de diagnóstico *Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)* para transtornos mentais comuns. Cada sintoma é pontuado de 0 (“nem um pouco incomodado”) a 2 (“muito

incomodado”). O *PHQ15* pode ser útil no rastreio dos sintomas somáticos e na monitorização da sua gravidade durante a prática clínica e na investigação (53).

### 1.10. Terapêutica

A fibromialgia não tem um tratamento específico, pois é uma patologia com causa idiopática e fisiopatologia desconhecida (4)(54). O seu diagnóstico e tratamento deverá ser feito nos Cuidados de Saúde Primários (4). Este facto é também recomendado pela *guideline* da *CRA*, que defende que tem de ser assegurada uma capacidade de resposta por parte dos cuidados de saúde primários aos doentes com fibromialgia, sendo que os profissionais que neles trabalham devem estar bem informados e cientes da fisiopatologia da doença e tudo o que a envolve (36).

As terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis limitam-se a atenuar os sintomas dos doentes, como a fadiga, as insónias, a dor generalizada e a disfunção cognitiva. Desta forma, têm como objetivo proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida, pois pode tratar-se de uma síndrome incapacitante (54). É de salientar que apenas a *FDA* aprovou medicamentos com indicação terapêutica para a fibromialgia, ao contrário da *European Medicines Agency (EMA)*. Assim sendo, os doentes com fibromialgia que necessitem de terapêutica farmacológica incorrem numa utilização *off-label* (25). Há vantagens numa combinação de terapêutica farmacológica e não farmacológica, sendo que há evidências de um benefício notório nos doentes com fibromialgia quando estão rodeados de uma equipa multidisciplinar que lhes estabelece um programa de tratamento individualizado (54).

A *guideline EULAR* sobre a fibromialgia, recomenda que quando um doente é diagnosticado com fibromialgia, uma das primeiras etapas é educá-lo relativamente à doença e fornecer-lhe toda a informação acerca da mesma (44). É importante explicar o que é a fibromialgia e que apesar de dolorosa e potencialmente incapacitante, é benigna e não condiciona o tempo médio de vida (55).

O doente deve saber gerir a sua patologia, desenvolvendo estratégias que lhe permitam saber o que atenua a sintomatologia ou o que a agrava. Deste modo, é

recomendável que sejam adotadas algumas mudanças no seu estilo de vida, ao nível da dieta alimentar, higiene do sono e prática de exercício. A consciencialização do doente para possíveis comorbilidades que possam agravar a sua sintomatologia e o seu prognóstico, deve ser realizada, bem como este deve ser informado sobre quais as terapêuticas disponíveis e da sua possível complementaridade (4)(54). A terapêutica inicial para um doente fibromiálgico, deve basear-se em medidas não farmacológicas, e só se estas forem insuficientes se devem introduzir fármacos (54)(55).

#### 1.10.1. Terapêutica Não Farmacológica

As terapêuticas alternativas ou complementares proporcionam aos doentes uma sensação de bem-estar a nível físico, psicológico e de melhoria na sintomatologia da fibromialgia - isto é descrito pelos mesmos. No entanto, muitas vezes os estudos que são realizados para averiguar a evidência de determinadas terapêuticas não farmacológicas foram mal executados, o que não permite retirar conclusões com elevado grau de evidência (36).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem muitas evidências a seu favor, devido ao conceito de dor resultar de uma interação entre fatores biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais. Desta forma, se houver alterações nesses fatores, a experiência de dor de um indivíduo pode ser alterada (8). A TCC pode auxiliar o doente a aprender a lidar com a dor, a gerir a doença e o *stress* (se for também um dos sintomas), mas também a promover o autocuidado (12)(45).

A prática de exercícios aeróbios e de baixo impacto, como caminhadas, andar de bicicleta, nadar, e exercícios de resistência ou de alongamento, como o ioga, podem ser benéficos para atenuar a dor ou outro tipo de sintomatologia, contribuindo para um bem-estar global (45). Contudo, por vezes também há doentes com fibromialgia que reportam que a prática de exercício físico exacerbou os sintomas de dor e fadiga. Não está ainda definido qual o tipo de exercício que revela maior benefício na fibromialgia, se os exercícios aquático ou terrestre, no entanto, qualquer que seja o tipo de exercício

que o doente faça, deve ser da sua preferência, agradável, de baixo impacto e sempre adaptado à sua condição (12).

Terapias como acupuntura, balneoterapia, homeopatia, meditação, entre outras, também são uma opção, porém, a qualidade metodológica dos estudos que têm sido efetuados é considerada baixa (8). Em casos de distúrbios do sono, pode ser importante recorrer a terapia do sono, onde é promovida uma educação para a higiene do sono (45).

A dieta também é um ponto importante tendo por base o facto de muitos doentes referirem que notaram um agravamento de sintomas após a ingestão de determinados alimentos (56). Uma dieta vegetariana à base de legumes, frutas, sementes, cereais, nozes e alimentos fermentados, face a uma dieta regular omnívora, pode contribuir para uma redução do número de pontos dolorosos, rigidez, dor, depressão, uso de analgésicos e peso, sendo este também muito importante (57).

Muitos dos doentes fibromiálgicos têm obesidade ou excesso de peso, pelo que esta problemática está também associada a um aumento de dor crónica, mas também a outros problemas de saúde, como insónia, redução da força física e flexibilidade, os quais muitas vezes se observam em doentes com fibromialgia. Desta forma, têm aumentado as evidências de que a perda de peso é importante e está associada a melhorias significativas na generalidade dos sintomas de que os doentes se queixam (26).

Podem também ser considerados alguns suplementos alimentares, embora não haja evidência científica suficiente (44). O 5-hidroxitriptofano (5-HTP) que por ser um precursor da serotonina, pode dar um contributo ao nível da redução de sintomas de depressão, ansiedade, insónias e dor (58). A S-Adenosilmetionina (SAME) por participar em reações bioquímicas que contribuem para a síntese natural da serotonina poderá ter um papel na redução da dor, inflamação e depressão (59). Existem também associações entre a deficiência de vitamina D e a fibromialgia, pelo que a hipótese de terapêutica de suplementação de vitamina D também pode ser considerada, visando melhorar os sintomas de dor musculoesquelética, mas sobretudo depressão e qualidade de vida (60).

A *guideline* EULAR sobre a fibromialgia, assim como a *guideline* da CRA recomendam que a terapêutica não farmacológica deve ser a primeira linha no plano terapêutico instituído para o doente, assim como este deve ter uma participação ativa no mesmo. Não havendo melhoria do doente em termos de sintomatologia de dor, distúrbios do sono ou outros, é feita uma nova reavaliação do seu estado e introduzida terapêutica farmacológica específica para o mesmo (36)(44).

#### 1.10.2. Terapêutica Farmacológica

Se for necessário introduzir terapêutica farmacológica, deve ser tida em consideração a sintomatologia que mais afeta o doente, e depois direcionar a escolha do fármaco para o que pode atenuar mais sintomas em simultâneo (54)(55). Por exemplo, ter em conta se o doente sofre de distúrbio do sono, para além da dor, porque assim a escolha deverá recair sobre um fármaco analgésico com propriedades de promoção do sono (9). Assim sendo, a seleção do fármaco para cada doente com fibromialgia depende da sua tolerância, da disponibilidade do fármaco no mercado, do seu custo para o doente e das comorbilidades que este pode ter associadas (54)(55). O recomendado de maneira geral, é iniciar a toma de qualquer um dos fármacos em monoterapia e só depois passar para terapêutica combinada se for necessário (9)(54). Isto, porque há poucos dados acerca dos benefícios, ou efeitos adversos da terapêutica combinada (54).

Relativamente aos fármacos, as principais classes farmacoterapêuticas consideradas na fibromialgia recaem sobre: analgésicos simples, onde se inclui o paracetamol e a classe dos Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs); analgésicos tópicos; opióides, na qual o tramadol se insere; Antidepressivos Tricíclicos (ATC); anticonvulsivantes; Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN) (21).

Os analgésicos simples são muitas vezes prescritos como adjuvantes para aliviar a dor (21). De forma genérica, o seu mecanismo de ação baseia-se na redução das prostaglandinas, o que diminui o número de impulsos nervosos recebidos pelo SNC (22). Este grupo de fármacos, embora considerados pouco eficazes na fibromialgia, podem ser fundamentais para o tratamento de formas periféricas dolorosas que sejam

concomitantes, como por exemplo, a dor osteoartrítica (18)(21). Isto porque, os estímulos nociceptivos periféricos podem promover a sensibilização central (18).

A capsaicina é um analgésico tópico obtido da planta *Capsicum annuum* L. e é um agonista do recetor TRPV1 que está expresso em nociceptores. Com a aplicação deste analgésico tópico ocorre uma estimulação seletiva das fibras aferentes C e um aumento da Substância P. No entanto, as aplicações repetidas deste analgésico, podem levar a uma dessensibilização em relação à dor, devido a um aumento do limiar da mesma. Isto deve-se possivelmente, à diminuição de Substância P nas terminações nervosas e à diminuição temporária de densidade das fibras nervosas na pele (61). Doentes tratados com capsaicina apresentaram melhorias no *score* miálgico, face a um grupo de controlo, e ao fim de seis semanas, após descontinuação da capsaicina, esses doentes ainda apresentaram melhoras significativas, principalmente no *score* miálgico, em comparação com o grupo de controlo (61). Apesar de limitações metodológicas nos estudos realizados com a capsaicina, como por exemplo, a amostra reduzida, o gel de capsaicina pode ser considerado uma opção terapêutica e segura (21).

Os opióides, embora desaconselhados por várias diretrizes médicas na fibromialgia, são uma classe terapêutica que por vezes é amplamente prescrita (entre 10% a 60%) (25)(62). Num doente com fibromialgia, a atividade analgésica opióide endógena está alterada, pelo que pode conduzir à falta de eficácia dos opióides exógenos; mas não só, o seu risco-benefício também é desfavorável (18)(25). A atividade analgésica opióide endógena alterada pode justificar o facto de haver algum benefício no tratamento com naltrexona, pois é um antagonista dos recetores opióides (18)(21). Estudos demonstraram que a naltrexona em baixa dose pode ser eficaz e segura, principalmente contra a dor e fadiga diárias, no entanto, mais estudos são necessários (25)(60). O único opióide que pode ser benéfico na fibromialgia é o tramadol, devido ao seu efeito de IRSN que é maior do que propriamente o seu efeito agonista opióide dos recetores  $\mu$  (18)(21). O tramadol pode ser feito em monoterapia ou em associação com o paracetamol, ambos em baixa dose (37,5mg + 325mg, respetivamente). A vantagem desta associação é o facto de poder reduzir os efeitos adversos que estão associados ao tramadol (náuseas e tonturas), e que muitas vezes são a causa do abandono da

terapêutica. Assim, também há um benefício de se ter dois mecanismos de ação diferentes, que se complementam e resultam numa analgesia mais eficaz (63).

É de referir que já há alguma evidência, embora fraca, de doentes com fibromialgia que revelaram melhoria da sintomatologia quando tomaram opióides em associação com cafeína, pois esta parece ser um adjuvante dos opióides e uma alternativa à monoterapia de opióides. O mesmo não acontece em doentes que apenas tomaram cafeína (25)(64).

Os ATC podem ser considerados para alívio da dor, fadiga e distúrbios do sono em doentes com fibromialgia (18)(65). O mecanismo de ação desta classe de fármacos consiste essencialmente no aumento das concentrações dos neurotransmissores serotonina e/ou noradrenalina na fenda sináptica, bloqueando diretamente a sua respetiva recaptção. Assim sendo, o aumento resultante da concentração de neurotransmissores intensifica a atividade da via descendente da dor, conduzindo à analgesia (65). Os ATC têm baixa tolerabilidade, e por isso, devem ser iniciados nas doses mais baixas e à noite, e só depois se deve escalar gradualmente a dose. A amitriptilina é das moléculas mais estudadas na classe dos antidepressivos, e muitas vezes considerada a terapêutica de primeira linha na fibromialgia (25). A ciclobenzaprina, apesar de ser classificada como um relaxante muscular, é estrutural e funcionalmente semelhante a um ATC, sendo também uma opção terapêutica válida (21). Tanto a amitriptilina como a ciclobenzaprina devem ser iniciadas na dose mais baixa, por exemplo, amitriptilina entre 5 a 10 miligramas (mg), à noite (uma a três horas antes de deitar) (55).

Na classe dos anticonvulsivantes destaca-se a pregabalina, que está aprovada pela *FDA* para o tratamento de síndromes dolorosas como a fibromialgia (25). Um estudo demonstrou a eficácia da pregabalina na redução da dor, distúrbios do sono e fadiga (66). Este fármaco é um análogo do GABA e um ligando da subunidade  $\alpha_2\delta$  do canal de cálcio (25). Desta forma, a sua forte ligação à subunidade  $\alpha_2\delta$  do canal de cálcio, reduz o influxo de cálcio nos terminais nervosos, e assim, há uma redução da libertação de vários neurotransmissores excitatórios, como glutamato e Substância P (25)(66). A dose inicial de pregabalina deve ser entre 25 a 50mg à noite, seguida posteriormente de um aumento gradual de dose até 300 a 450mg por dia. Alguns doentes podem responder a doses mais baixas (100 a 300mg/dia), não necessitando portanto de um

escalamento de dose (55). A gabapentina pode ser uma alternativa à pregabalina, no entanto, mais estudos são requeridos para apoiar ou refutar a possibilidade de redução da dor fibromiálgica (21)(25). A dose recomendada é de 100mg à noite, e posterior aumento gradual da dose até 1200 a 2400mg por dia (até três tomas por dia) (55).

Os IRSN são uma alternativa terapêutica aos ATC, por serem melhor tolerados, pois como não atuam noutros recetores, os efeitos adversos são menores (21)(65). A destacar nesta classe terapêutica, a duloxetina e o milnaciprano (não comercializado em Portugal) que demonstraram ser benéficos em vários ensaios (21). Relativamente à primeira, é uma opção terapêutica em doentes com fadiga grave e/ou depressão em comorbilidade, e demonstrou ser segura e eficaz durante um ano de acompanhamento num estudo realizado (21)(67). Como IRSN, a duloxetina terá o mecanismo de ação de potencializar a atividade das vias descendentes inibitórias da dor (67). A duloxetina deve ser tomada de manhã ao pequeno almoço, e a dose inicial recomendada é de 20 a 30mg por dia, que depois deve ser gradualmente aumentada até aos 60mg por dia (55). O milnaciprano revelou num estudo, ser superior ao placebo no alívio da dor, bem-estar geral e função física. Assim, pode ser considerado como uma alternativa à duloxetina (68). A dose recomendada de milnaciprano é de 12,5mg todas as manhãs, seguindo-se um aumento gradual de dose até aos 50mg, duas vezes por dia. Alguns doentes podem precisar de uma dose mais alta, até aos 100mg duas vezes por dia (55).

Outros fármacos como a fluoxetina, escitalopram e paroxetina, pertencentes à classe dos Inibidores Seletivos Recaptação de Serotonina (ISRS) também são uma opção terapêutica, apesar de esta não ser das principais classes farmacoterapêuticas abordadas na fibromialgia. Deve ter-se em conta que, nos estudos que têm sido feitos, não há evidência clara de que haja superioridade destes fármacos relativamente ao placebo no tratamento da depressão em doentes com fibromialgia, bem como dos sintomas cardinais (dor, fadiga e distúrbios do sono) (69). Benzodiazepinas e análogos também podem ser considerados, mas apenas por um curto período de tempo e para melhorar o sono ou ansiedade, pois tendem a não ser eficazes no tratamento da dor na fibromialgia (18).

Relativamente aos canabinóides, em Portugal, apenas a 27 de janeiro de 2021 foi aprovada pelo INFARMED e está comercializada, a flor seca da planta fêmea *Cannabis*

*sativa L.* com indicação terapêutica na dor crônica associada a doenças oncológicas ou ao sistema nervoso. Nesta situação e à semelhança do que já acontece em alguns países, o uso de canábis medicinal como terapêutica na fibromialgia pode ser considerada, não com o intuito de curar, mas por poder contribuir para a redução da sintomatologia associada. A canábis contém várias substâncias ativas diferentes, destacando-se o Delta-9-Tetrahidrocanabinol (THC) e Canabidiol (CBD), classificadas como canabinóides.(70) O THC tem propriedades analgésicas e psicoativas e liga-se de forma não seletiva aos recetores CB. O CBD é um constituinte não psicoativo, mas que possui propriedades anti-inflamatórias documentadas por ser agonista inverso do recetor CB2, ou seja, é um antagonista de alta potência dos agonistas do recetor CB (25). Um estudo revelou uma melhoria dos sintomas em doentes com fibromialgia, mas sobretudo uma melhoria na qualidade de vida, porém são necessários mais estudos para perceber a fisiopatologia do sistema endocanabinóide na fibromialgia e a utilidade dos canabinóides no tratamento desta síndrome (71).

Na generalidade dos doentes que não respondem à monoterapia, é recomendada terapêutica medicamentosa combinada, direcionada à sintomatologia que mais afete o doente. Há pouca evidência relativamente aos benefícios e efeitos adversos das associações medicamentosas, pois cada fármaco tem sido investigado individualmente. Assim sendo, a maioria das associações estabelecidas resultam da prática clínica, com base na junção de medicamentos de diferentes classes terapêuticas. Desta forma, obtém-se um benefício de diferentes mecanismos de ação que resultam numa redução de diferentes sintomas (54).

Uma associação alvo de vários estudos, e que revelou benefícios no alívio da dor e na função do sono é a da duloxetina e pregabalina, face à toma de cada um dos fármacos em monoterapia. A toma concomitante de um IRSN, logo pela manhã, em adição à toma de um anticonvulsivante em baixa dose à noite, revelou benefícios em indivíduos que não respondiam ao tratamento com pregabalina em monoterapia (54). Há também evidência de que a associação de um IRSN em baixa dose de manhã, juntamente com um ATC à noite pode resultar numa melhoria significativa da dor, em comparação com o placebo (54).

No quadro 1.4, abaixo, estão sintetizadas as principais opções farmacológicas na fibromialgia e que estão disponíveis em Portugal. Para cada classe terapêutica, está descrito o fármaco principal, a sua posologia mais frequente, os sintomas da fibromialgia nos quais pode ser mais eficaz e os principais efeitos adversos que lhes estão associados.

No subcapítulo seguinte serão abordadas duas das *guidelines* (EULAR e CRA) que podem ser uma referência, essencialmente, para o tratamento farmacológico na fibromialgia. Encontra-se em anexo 3, uma tabela que de forma sumária, descreve as principais terapêuticas farmacológicas abordadas por ambas as diretrizes.

Quadro 1.4 - Síntese das principais opções farmacológicas na fibromialgia e disponíveis em Portugal.

Classe Terapêutica	Principais Fármacos	Posologia frequente	Sintomas sobre os quais pode ser eficaz	Principais Efeitos Adversos	Referências Bibliográficas
ATC	Amitriptilina	10-50mg/dia	Dor; Distúrbios do sono; Fadiga; Limitação funcional	Xerostomia, Obstipação, Ganho de Peso, Sedação	(8)(18)(21)(72)
Relaxantes Musculares	Ciclobenzaprina	10-40mg/dia	Dor; Distúrbios do sono	Xerostomia, Obstipação, Sedação, Náuseas, Fadiga	(8)(18)(21)(72)
IRSN	Duloxetina	30-60mg/dia	Dor; Distúrbios do sono; Limitação funcional; Depressão	Cefaleias, Náuseas, Xerostomia, Diarreia	(8)(18)(21)(72)
Opióides	Tramadol	50-300mg/dia	Dor	Tonturas, Dores de Cabeça, Obstipação, Náuseas, Síndrome de Abstinência e Dependência	(8)(25)(72)
Analgésicos	Paracetamol	2000-4000mg/dia	Dor	Náuseas, Vômitos, Obstipação, Doença Hepática	(18)(72)
Anticonvulsivantes	Pregabalina	150-450mg/dia	Dor; Distúrbios do sono; Limitação funcional; Ansiedade	Sedação, Tonturas, Náuseas, Ganho de Peso, Astenia	(8)(18)(21)(72)
	Gabapentina	1200-2400mg/dia			
Tópicos	Gel de Capsaicina	Aplicação várias vezes ao dia	Dor	Sensação de queimadura leve quando aplicado na pele	(21)

### 1.10.3. Guideline European League Against Rheumatism

Segundo as recomendações da *guideline EULAR* sobre a fibromialgia, para a avaliação de terapêuticas não farmacológicas, como medicamentos e terapias complementares e alternativas foram analisadas a acupuntura, *biofeedback*, capsaicina, quiroprática, TCC, exercício físico, hidroterapia, hipnoterapia, massagem, terapias onde se inclui ioga, *tai chi*, entre outras, meditação, terapêutica multicomplementar, SAME, bem como outras terapias complementares e alternativas, onde se insere a homeopatia e imagens guiadas (44).

Após avaliar as evidências para cada terapêutica, o grupo multidisciplinar composto por 18 membros de 12 países europeus, recorrendo a revisões sistemáticas, foi unânime em recomendar, com elevado grau de evidência, o exercício físico. A evidência disponível determina benefícios na diminuição da dor, função física e bem-estar. Apresenta ainda vantagens para o doente ao nível do baixo custo monetário, disponibilidade e segurança (44).

Foi atribuída fraca recomendação para terapias como ioga e *tai chi* (melhoria do sono, fadiga e qualidade de vida), meditação (melhoria da dor e qualidade de vida), acupuntura e hidroterapia (com evidências de que melhora a dor/fadiga e a qualidade de vida, respetivamente). Apesar de poder haver melhorias na sintomatologia dos doentes com fibromialgia, a fraca recomendação que lhes é atribuída deve-se ao facto de que os estudos analisados eram pragmáticos e nestas terapias haverá sempre efeitos específicos e não específicos, pelo que não é possível separá-los (44).

A *EULAR* não recomenda as terapias de *biofeedback*, capsaicina, hipnoterapia, massagem, SAME e outras terapias complementares e alternativas (homeopatia, imagens guiadas e terapia multicomplementar) por falta de eficácia e/ou baixa qualidade dos estudos efetuados. Salienta-se, com elevado grau de desaconselhamento, a terapia de quiroprática devido a questões de segurança. A TCC também tem um parecer fraco, sendo recomendada apenas para doentes com transtornos de humor ou baixas estratégias de autoajuda (44).

Relativamente à terapêutica farmacológica, os fármacos a serem utilizados em doentes com dor intensa são a duloxetina/milnaciprano, tramadol e pregabalina, sendo esta última válida também se o doente sofrer de distúrbio do sono, assim como amitriptilina em baixa dose e ciclobenzaprina. Apesar disto, todos os fármacos descritos têm fraca recomendação da *EULAR*, à exceção da gabapentina que é recomendada apenas para pesquisa (44).

Não são recomendados AINEs, Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAOs) e ISRS devido à falta de eficácia. A hormona do crescimento, oxibato de sódio, opióides fortes e corticosteroides são totalmente desaconselhados devido à falta de eficácia e alto risco de efeitos adversos. A *guideline* não apresenta parecer sobre canabinóides e antipsicóticos devido à falta de artigos de revisão na pesquisa bibliográfica (44).

#### 1.10.4. *Guideline Canadian Rheumatology Association*

A *CRA* desenvolveu uma *guideline* e apresentou-a posteriormente ao comité executivo da *Canadian Pain Society (CPS)*, tendo como objetivo demonstrar evidências mais atuais para a avaliação, diagnóstico e tratamento de pessoas com fibromialgia (36).

Relativamente à terapêutica não farmacológica na fibromialgia, a *guideline* canadiana refere que este tipo de terapêutica têm um efeito positivo, com autorrelatos de melhorias ao nível do estado físico, psicológico, funcionamento diário e sintomas da fibromialgia (36).

Em análise, a terapia multicomplementar que inclui pelo menos uma terapia educacional ou psicológica, e pelo menos uma terapia de exercício físico, apesar de ter baixo nível de evidência, pode ser útil na promoção da autogestão da patologia. Terapias psicológicas, como a TCC têm elevado nível de evidência, e podem ser benéficas para o doente aprender a não sentir medo da dor e das suas atividades quotidianas. Outras terapias como entrevistas motivacionais, sessões de grupo, hipnoterapia, e meditação devem ser encorajadas, se ajudarem o doente a lidar com os sintomas da fibromialgia (36). A prática de exercício físico personalizado e da preferência do doente (inclui, por exemplo, exercício aeróbio, pilates ou *tai chi*), apresenta elevado nível de evidência, na

medida em que revela resultados positivos ao nível da saúde em geral e na sintomatologia resultante da fibromialgia. Tratamentos de medicina complementar e alternativa, como por exemplo, fitoterapia chinesa, acupuntura, quiroprática e hidroterapia, não têm atualmente evidências suficientes que apoiem a sua recomendação e o doente deve sabê-lo. A maioria destas práticas não foi avaliada adequadamente em relação ao seu benefício nos sintomas da fibromialgia. É consensual que, caso o doente recorra a este tipo de terapêuticas, o clínico que o acompanha deverá ter conhecimento, e balancear os benefícios e riscos destas práticas para o doente, se aplicável (36).

Segundo as diretrizes canadianas, é consensual que a terapêutica farmacológica deve ser direcionada para os sintomas que mais incomodam o doente, e esta será a ideal se conseguir tratar vários sintomas em simultâneo (36). O(s) fármaco(s) deve(m) ser sempre iniciado(s) na dose mais baixa com titulação ascendente gradual, se necessário. O clínico deve fazer uma avaliação regular da efetividade da terapêutica, reduzir o uso excessivo de medicamentos e ter em conta possíveis reações adversas que se possam assemelhar com a sintomatologia da fibromialgia. Por exemplo, anticonvulsivantes, antidepressivos e analgésicos podem agravar a fadiga; opióides podem exacerbar a depressão; AINEs, opióides e antidepressivos podem causar sintomas gastrointestinais; distúrbios no sono podem ser agravados por opióides e antidepressivos (36).

Não há muitos estudos para o uso de paracetamol em monoterapia, apenas da sua associação com tramadol. No entanto, é consensual de que pode ser útil em alguns doentes, mas com alerta para a sua segurança relativamente à dosagem. Com baixo nível de evidência, os AINEs podem ser prescritos, mas nas doses mais baixas e pelo menor período de tempo possível, em situações como osteoartrite associada à fibromialgia (36).

O tramadol é o único opióide que foi estudado na fibromialgia, com possível efeito positivo na dor e melhoria da qualidade de vida, embora, com alguma evidência, deva ser apenas reservado para doentes com dor moderada a intensa, que não respondam a outras modalidades de tratamento. Os opióides fortes são desaconselhados, embora esta premissa tenha baixo nível de evidência (36).

O uso de canabinóides para o alívio da dor é um tema controverso e os seus efeitos a longo prazo no tratamento da fibromialgia são desconhecidos. No Canadá estão disponíveis o dronabinol e a nabilona. A *guideline* recomenda, embora com pouca evidência, que podem ser prescritos canabinóides para doentes com fibromialgia que apresentem particularmente perturbações no sono (36).

Os ATC em doses inferiores às usadas para tratar a depressão, podem ser uma terapêutica fundamental na fibromialgia. No caso, a amitriptilina que apenas pode ser limitada no tratamento da fibromialgia, pelos seus efeitos adversos anticolinérgicos e anti-histamínicos. A ciclobenzaprina, por ser estruturalmente semelhante a um ATC, revelou benefícios no bem-estar global. Outros antidepressivos, como os ISRS e IRSN, foram avaliados devido aos efeitos adversos dos ATC. Encontra-se aprovada, com indicação terapêutica na fibromialgia, a duloxetina (IRSN) com efeito sobre a dor e condição física dos doentes (36). Com elevada evidência, a *guideline* canadiana reforça que todas as classes de fármacos antidepressivos (ATC, ISRS, IRSN) são válidas no tratamento da dor e de outros sintomas em doentes com fibromialgia. É consensual que a escolha do fármaco deve ter como base as evidências disponíveis para a eficácia, o conhecimento médico, as características do doente e o perfil de efeitos adversos. É recomendado que os efeitos moduladores da dor dos fármacos antidepressivos devem ser explicados aos doentes com fibromialgia, com o objetivo de dissipar o conceito de que as queixas são psicológicas, embora esta premissa tenha baixo nível de evidência (36).

Os anticonvulsivantes também têm efeitos moduladores da dor. A gabapentina e a pregabalina revelaram forte evidência na redução da dor, melhora do sono e qualidade de vida. Estes fármacos carecem de ajuste na dose em insuficientes renais, visto que as moléculas são excretadas pelos rins na forma inalterada. Com elevado grau de evidência, a *guideline* da CRA recomenda que o tratamento com medicamentos anticonvulsivantes deve iniciar-se na menor dose possível, seguida de titulação crescente e com monitorização dos efeitos adversos (36).

Outros agentes farmacológicos, como dopaminérgicos, oxibato de sódio, antagonistas da serotonina, e antagonistas do recetor N-Metil-D-Aspartato (NMDA),

podem eventualmente ser utilizados, apesar da sua evidência ainda ser preliminar, pois não existem evidências concretas seja a favor ou contra o seu uso na fibromialgia (36).

### 1.11. Manifestação de Fibromialgia

A manifestação de fibromialgia pode diferir de acordo com vários fatores, e assim sendo, a abordagem terapêutica também poderá ser diferente. Neste capítulo, salientam-se então os fatores do género e da idade (infantil e juvenil).

#### 1.11.1. Sexo Masculino e Feminino

A relação entre o sexo e a fibromialgia ainda é um tema controverso (73). Mas sabe-se que o sexo feminino é mais propenso a desenvolver síndromes de dor crónica, como é o caso da fibromialgia. Os dados acerca desta patologia no sexo masculino estão limitados, e os vários estudos que investigam as diferenças entre sexos apresentam muitas vezes resultados contraditórios. Estas diferenças, particularmente na sensibilidade à pressão, não são tão óbvias como se considera, embora a maioria dos estudos sugira que as mulheres são mais sensíveis à dor resultante da pressão, do que os homens (74).

O sexo feminino relata maior gravidade e duração de dor. Esta é descrita como uma dor mais intensa, anatomicamente difusa e mais duradoura (75).

Um estudo concluiu que mulheres com fibromialgia exibiram maior intensidade de dor e mais hiperalgesia à pressão, do que homens com a mesma condição (74). No entanto, homens com fibromialgia apresentaram um historial de dor mais longo e uma maior incapacidade ao nível da sua função física, do que mulheres com a mesma condição. A menor capacidade física registada no sexo masculino com fibromialgia, pode significar que estes apresentam uma componente mais somática e física, enquanto o sexo feminino, uma componente mais psicológica e cognitiva da patologia. Desta forma, sugere-se que a fibromialgia possa exibir um fenótipo diferente em relação ao sexo (74).

Um estudo revelou que as mulheres também possuíam de forma significativa mais sintomas fibromiálgicos para além da dor, comparativamente com os homens. Nestes incluem-se sintomas como fadiga, rigidez matinal, insónias, maior número de pontos sensíveis e síndrome do intestino irritável (76).

As diferenças que se verificam na perceção da dor entre sexos podem ser explicadas com base na genética, na presença de fatores não sensoriais/não biológicos como a ansiedade e pensamentos negativos, e nas diferenças biológicas. Em relação a estas últimas, os estrogénios podem ter um papel importante na modulação da dor, assim como as diferenças na função cerebral também podem influenciar a sensibilidade à dor (74). A fibromialgia pode desenvolver-se ou piorar acentuadamente na menopausa. Este facto indica que as hormonas femininas (estrogénios e progesterona) podem desempenhar um papel protetor, pelo que a sua diminuição no período da menopausa pode despoletar o desenvolvimento de dor generalizada associada à fibromialgia. No entanto, não há evidência de que a terapia de reposição hormonal nas mulheres pós-menopausa, melhore os sintomas da fibromialgia. Há também a hipótese de que a testosterona pode apresentar um papel protetor no sexo masculino (75).

Homens com fibromialgia relatam menor intensidade média de dor, mas intensidade de pior dor, semelhante às mulheres com a mesma condição, pelo que se verifica um menor relato de dor pelo género masculino (74). Nas sociedades mais tradicionais e/ou patriarcais, o homem muitas vezes não aceita as limitações que a fibromialgia pode ter, enquanto que se sabe que as mulheres têm maior propensão para procurar serviços de saúde (77). Assim, a componente social também pode contribuir para as diferenças registadas entre género, ao nível da sensibilidade à dor (74).

A crença generalizada de que a fibromialgia é uma síndrome predominantemente feminina origina muitas vezes um sobre diagnóstico da patologia nas mulheres e um subdiagnóstico da mesma nos homens. Declarações de especialistas, de organizações governamentais e não governamentais, livros didáticos, entre outras fontes, onde muitas vezes os testemunhos de pessoas com fibromialgia são exclusivamente femininos, podem levar a que os clínicos antecipem mais rapidamente o diagnóstico de fibromialgia numa mulher comparativamente a um homem (73).

### 1.11.2. Crianças e Jovens

Estima-se que 2,1% a 6,1% das crianças em idade escolar possam sofrer de fibromialgia (78). É difícil diagnosticar crianças com esta patologia, visto que o diagnóstico é mais comum na idade adulta e não basta apenas um exame médico, como em algumas doenças pediátricas (exemplo da faringite e otite). Em crianças e jovens, a fibromialgia também se manifesta com maior prevalência em raparigas e com diagnóstico entre os 13 e 15 anos de idade, após ser realizada uma série de exames que excluam outras possíveis causas para os sintomas descritos pela criança (23)(60).

Sintomas vagos e subjetivos como fadiga, dor e dificuldade em dormir, característicos da fibromialgia, quando descritos por crianças podem ser sintomas de um grande espectro de doenças. Em relação à dor generalizada e difusa no corpo, também é difícil para uma criança e jovem identificar exatamente o local doloroso com mais ou menos intensidade. Desta forma, a fibromialgia é uma doença que facilmente pode passar despercebida (23)(60).

Em crianças, a fibromialgia pode ser designada de Síndrome de Fibromialgia juvenil primária, e no caso de sofrerem concomitantemente com artrite ou outra doença reumática, é chamada de Síndrome de Fibromialgia secundária juvenil. Os sintomas são os mesmos que ocorrem nos adultos, sendo o principal, a dor generalizada e difusa que pode incidir em determinados músculos e tecidos moles, envolvendo articulações, sem nenhum processo inflamatório associado, perdurando no mínimo durante 3 meses. Muitas vezes as dores são consideradas como estando associadas ao crescimento, o que pode dificultar a avaliação da dor que a criança sente (60). Com recurso aos descritores da dor, esta pode ser descrita de diferentes formas, como rigidez, tensão, sensibilidade, ardor ou dorido. Sintomas como fadiga, dificuldade em dormir e acordar cansado, ansiedade e depressão, dores de estômago e de cabeça, problemas de memória, tonturas e pernas inquietas durante o sono, também são bastante frequentes em crianças e jovens (23)(78).

Na idade infantil e juvenil, essencialmente, os sintomas da Síndrome de Fibromialgia primária juvenil podem surgir em cadeia; ou seja, o facto de surgirem uns sintomas pode precipitar o aparecimento e agravamento de outros. Por exemplo, a

dificuldade em dormir pode levar a que no dia seguinte, as crianças se sintam mais cansadas e a dor pode agravar-se (23)(60). Por consequência, o desgaste da doença pode levar a que as crianças falem às aulas numa média de 3 a 5 dias por mês, podendo ser um período mais longo, se houver agravamento de sintomas. Isto também poderá contribuir para o isolamento social, pois os jovens com fibromialgia podem ter maior dificuldade em fazer amigos, os quais podem não compreender a sua doença, ou porque se pode tornar difícil acompanhar as brincadeiras e atividades, fazendo com que estas crianças e jovens se sintam muitas vezes inferiores (79).

Relativamente ao tratamento, é essencial o acompanhamento de crianças e jovens por uma equipa multidisciplinar composta por reumatologistas pediátricos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros profissionais de saúde. Tal como nos adultos, não existe cura para a fibromialgia juvenil, no entanto, existem alguns tratamentos que podem contribuir para o controlo da sintomatologia (23). Em primeira linha, a TCC é essencial, pois permite o desenvolvimento de estratégias para aprender a lidar com a dor, e de seguida, em complementaridade terapêutica, outras abordagens comportamentais como relaxamento muscular, técnicas de alívio de *stress* e a prática de exercício físico. A terapêutica farmacológica pode ser introduzida, se necessário e de acordo com a sintomatologia presente. No entanto, há que ter em conta que os fármacos utilizados nas crianças são os mesmos utilizados no tratamento dos adultos com fibromialgia. Desta forma, a segurança e eficácia destes fármacos não está tão bem estudada em crianças, como está nos adultos, pelo que exige muita precaução aquando da sua prescrição, bem como uma monitorização rígida e mais contínua (60)(78).

O prognóstico para uma criança ou jovem diagnosticado com Síndrome de Fibromialgia juvenil primária, pode ser positivo, tendo em conta que foi feita uma deteção mais precoce da patologia, comparativamente a um adulto. Assim, pode haver um controlo desde cedo da sintomatologia presente ou um atenuar da mesma com o passar do tempo. Porém, há estudos que revelam que como se trata de uma condição patológica de longo prazo, com sintomas físicos e psicossociais crónicos para muitos doentes, estes podem agravar-se mediante vários fatores que surgem ao longo do desenvolvimento da vida do indivíduo (por exemplo, apoio familiar, nível de resiliência, fatores cognitivos, entre outros) (23)(60)(78).

### 1.12. A Importância de uma Abordagem Multidisciplinar na Fibromialgia

A fibromialgia é uma patologia com elevada complexidade, não só por poder apresentar inúmeros sintomas de diferentes tipologias, mas também por coexistir com outras comorbilidades e tudo o resto que a pode envolver. Neste sentido, é importante que se faça uma abordagem multidisciplinar, contando com profissionais de saúde como reumatologistas, psiquiatras, fisiatras, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos entre outros (80).

Idealmente, uma equipa multidisciplinar seria formada por um profissional de saúde que iniciaria e realizaria as recomendações de uma equipa cuidadosamente selecionada de outros profissionais de saúde. O profissional de saúde principal, por exemplo, um médico especialista em reumatologia ou fisioterapia, ou simplesmente o médico de família, teria a função de fazer o diagnóstico, prescrever a medicação e ser a base da equipa de tratamento, gerindo as recomendações dos outros profissionais de saúde (80).

Maioritariamente, os doentes recorrem em primeira instância a um médico dos cuidados de saúde primários. No entanto, como o diagnóstico e o tratamento se revelam desafiantes, os doentes acabam por ser encaminhados para consultas de especialidade. O problema surge quando os doentes alternam entre diferentes especialistas, em exames exaustivos e prescrições de inúmeros medicamentos para tratar os diversos sintomas de que se queixam. Tudo isto acaba por causar um atraso no diagnóstico e contribuir para um aumento da deficiência e uma má utilização dos recursos de saúde (81).

O diagnóstico de um doente pode ser atrasado ou dificultado pelo tempo de consulta limitado que os clínicos dos cuidados de saúde primários têm disponível, e pelo desconhecimento, por parte dos mesmos, dos critérios de diagnóstico atuais. Apesar dessas limitações, deveria caber aos clínicos dos cuidados de saúde primários, o papel de coordenação de especialistas e auxiliares envolvidos, de modo que seja assegurada a continuidade de cuidados ao doente. O clínico dos cuidados de saúde primários pode focar-se simplesmente em avaliar os sintomas do doente e as suas comorbilidades, direcionando-o posteriormente, para o(s) especialista(s) mais indicado(s). Assim, pode

haver uma precisão no diagnóstico e uma redução no tempo de início do tratamento (81).

Doentes portadores de fibromialgia devem ser acompanhados regularmente para avaliar a gravidade dos sintomas, resposta ao tratamento, adesão e efeitos adversos. O número de consultas médicas por ano deve ser ajustado de acordo com a gravidade da doença no momento do diagnóstico, número de comorbidades, gravidade dos sintomas, alterações no plano terapêutico, efeitos adversos do mesmo e preferências do doente. O tratamento da fibromialgia deve ser multidisciplinar, utilizando uma conjugação de exercícios, e terapias comportamentais e medicamentosas. Mais importante do que a especialidade do médico responsável pela gestão do plano terapêutico do doente, é o mesmo conseguir prestar todo o acompanhamento possível. Neste sentido, quando doentes não respondem ao plano terapêutico inicial, deve ser considerada a consulta com um reumatologista, um especialista da dor, um fisiatra, um encaminhamento para um programa interdisciplinar de reabilitação da dor crónica, ou um profissional de saúde mental, por exemplo (21).

O encaminhamento de um doente a um reumatologista que se especializa em patologias que afetam os músculos e articulações, pode ser considerado a fim de se confirmar o diagnóstico de fibromialgia, avaliar outras condições inflamatórias suspeitas, ou esclarecer o diagnóstico, quando os sintomas de fibromialgia surgem num doente já com uma doença reumatológica conhecida. Apesar da fibromialgia não ser uma forma de artrite, não envolver inflamação ou lesão nas articulações, músculos ou outros tecidos, e como está relacionada com dor crónica e fadiga semelhante à artrite, a maioria das pessoas considera-a, numa fase inicial, uma doença reumática. Assim, o reumatologista é geralmente o especialista para o qual os doentes são encaminhados e que apresenta o diagnóstico, após descartar outros distúrbios reumáticos (82). Quando este encaminhamento é feito, considera-se que pode existir uma poupança económica face à solicitação de vários exames laboratoriais e de imagem, se houver suspeita de outra patologia (21).

O psiquiatra e/ou o psicólogo, especialistas em saúde mental e tratamentos psicológicos, também têm um papel importante junto de um doente com fibromialgia,

visto que há uma coexistência comum de sintomas psicopatológicos e/ou transtornos mentais em doentes com fibromialgia. Em comorbilidade com a fibromialgia incluem-se o transtorno depressivo *major*, como o mais prevalente e outros como, transtornos de ansiedade afetiva, transtorno bipolar, transtorno do pânico e fobia social. Estes transtornos são observados com maior frequência em familiares de primeiro grau de doentes com fibromialgia, por isso, esta síndrome e alguns transtornos mentais podem partilhar fatores genéticos, neuroendócrinos e imunológicos (82).

A presença de um fisiatra e/ou fisioterapeuta na equipa multidisciplinar que envolve o doente pode ser essencial, pois estes profissionais podem contribuir com vários métodos de controlo da dor, diminuição da rigidez e melhoras na função física e qualidade de vida geral dos doentes. O exercício físico adaptado às preferências pessoais do doente, condição física e comorbilidades pode desempenhar um papel importante no tratamento da fibromialgia, por enfraquecer a dor, melhorar o humor, diminuir a rigidez e reduzir a ansiedade e o medo. Assim, a combinação da fisioterapia com a farmacoterapia pode ajudar a alcançar uma melhor sustentabilidade no controlo dos sintomas (82).

O nutricionista pode ser imprescindível no acompanhamento do doente com fibromialgia, porque a qualidade de vida para muitos doentes melhora apenas com a alteração dos seus hábitos alimentares. Ter um profissional de saúde especializado em nutrição ajudando o doente a identificar quais os alimentos cujo consumo deve ser evitado ou minimizado, bem como os novos alimentos que devem ser introduzidos na dieta, pode ser uma mais-valia. Para além de que, a obesidade costuma ser uma das comorbilidades de um doente com fibromialgia e neste sentido, a individualização de um plano alimentar com base nas preferências alimentares de cada doente pode trazer resultados positivos (80).

Entre outras especialidades clínicas que poderão ser relevantes constam os terapeutas ocupacionais que se focam nas modificações físicas no local de trabalho, casa ou atividades da vida quotidiana de um doente com fibromialgia. Estes terapeutas podem trabalhar em conjunto com fisioterapeutas, sendo que os últimos avaliam e trabalham grandes músculos e articulações, enquanto os terapeutas ocupacionais avaliam e trabalham pequenos músculos e articulações. Fornecem igualmente

exercícios sobre como manter uma postura ideal, ou contribuem para a criação de um ambiente de trabalho adequado para o doente. No caso de doentes com fibromialgia que possuem deficiências hormonais, como baixo teor de hormona do crescimento e testosterona, por exemplo, a cooperação com um endocrinologista que auxilie na terapêutica de reposição hormonal, pode ser benéfica (80).

Relativamente ao exercício físico, para além da possível intervenção do fisiatra e do fisioterapeuta, um doente com fibromialgia pode também recorrer a um profissional de *fitness* ou *personal trainer* com formação avançada para trabalhar com populações especiais, incluindo pessoas com doenças crónicas. Os terapeutas da fala, especializados em comunicação, podem avaliar as dificuldades cognitivas, como o *fibrofog*, muito presente na sintomatologia da fibromialgia e diferenciá-las de défices cognitivos relacionados com outras patologias. Para doentes com fibromialgia que relatem angústia sobre o seu declínio cognitivo, o terapeuta da fala pode ser essencial, pois a capacidade de melhorar a função cognitiva pode traduzir-se numa melhoria da qualidade vida (80).

Pode haver inúmeras condições associadas à fibromialgia e a maioria delas relacionadas com uma hipersensibilidade geral do corpo, pelo que importa igualmente enumerar os especialistas correspondentes. A título de exemplo, cefaleias (neurologista), síndrome do intestino irritável (gastroenterologista), síndrome de bexiga dolorosa e dor pélvica (urologista ou ginecologista) e maior sensibilidade a odores, luzes e sons, tonturas e zumbido. Assim, consoante as comorbilidades do doente, assim pode este ser referenciado para determinada especialidade clínica (80).

Os farmacêuticos, como profissionais de saúde, também podem participar ativamente no programa de tratamento do doente ajudando na redução dos sintomas e na melhoria da sua qualidade de vida, como se aprofundará no subcapítulo seguinte (83).

Neste contexto, o acompanhamento a um doente com fibromialgia deve envolver uma abordagem multidisciplinar com foco no doente, podendo iniciar-se nos cuidados de saúde primários, mas apoiada numa variedade de profissionais de saúde,

incluindo especialidades clínicas quando necessárias (84). Uma abordagem coordenada entre profissionais de saúde conduzirá a melhores resultados (17).

### 1.13. O Papel do Farmacêutico na Fibromialgia

Quanto à prestação de cuidados de saúde, os farmacêuticos são, frequentemente, os profissionais que primeiro contactam com as diversas necessidades de saúde da população, incluindo quadros de dor. Como profissionais de saúde, os farmacêuticos têm a capacidade de aconselhar medidas não farmacológicas e intervir farmacologicamente, com medicamentos *Over The Counter (OTC)*, por exemplo em quadros de dor numa fase inicial e aguda. Para além disto, têm também a capacidade de reconhecer quando os sintomas descritos pelo utente constituem um critério de encaminhamento ao médico (85).

Um farmacêutico pode suspeitar de um quadro de fibromialgia num utente que descreva os sintomas chave desta patologia, e nesse caso, deverá referenciar ao médico para que possa ser feito o diagnóstico. Neste sentido, é importante que o farmacêutico estabeleça uma estreita colaboração com o clínico, de modo que seja evitada qualquer discrepância de informação que possa provocar a sensação de incompreensão e isolamento no doente, levando a que este não adira à terapêutica (86)(87).

Sendo a fibromialgia uma patologia ainda com muito estigma, passa pelo farmacêutico (o qual possui, muitas vezes, uma relação de proximidade com o doente), rever os preconceitos do próprio doente e família, disponibilizado recursos de apoio e tranquilizando-o (83). O farmacêutico deve também desmistificar o uso de determinadas terapêuticas contrariando, por exemplo, a recusa de determinados doentes em tomar antidepressivos (por considerarem não ter depressão e apenas dor), bem como, promover junto do doente, hábitos de vida saudáveis. Neste sentido, alguns campos onde o farmacêutico pode intervir passam pela promoção do autocuidado, exercício físico, alimentação e higiene do sono, a fim de melhorar a qualidade de vida do doente (42).

Um farmacêutico comunitário pode então implementar estratégias para ultrapassar as barreiras existentes no cuidado ao doente com fibromialgia, com base na educação do mesmo, comunicação, empatia, aconselhamento sobre medicamentos, uso de ferramentas de avaliação e defesa do doente, consistindo, esta última, numa extensão da educação do mesmo. O farmacêutico, ao aumentar e atualizar o seu conhecimento sobre fibromialgia e as suas terapêuticas, poderá aconselhar melhor os seus doentes sobre o uso correto do medicamento, mas também desenvolver uma relação de confiança com os mesmos (87).

O serviço de revisão da medicação que pode ser realizado individualmente, ou é incorporado no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, ambos prestados por farmacêuticos em muitas farmácias comunitárias, pode ser uma mais-valia para doentes com fibromialgia, visto que, geralmente estes possuem comorbilidades associadas e são polimedicados (86).

A revisão da medicação consiste na verificação de toda a medicação que um doente toma, focando-se exclusivamente no processo de uso do medicamento pelo mesmo. Apesar de haver vários tipos de revisão da medicação, globalmente a estrutura base é identificar a existência de interações farmacológicas (com significado clínico), qual o grau de conhecimento que o doente tem acerca dos seus medicamentos, e como faz uso deles. O serviço de revisão da medicação é, idealmente, integrado no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, e assim o doente é avaliado como um todo, e não apenas em função de determinada patologia. As vantagens associadas são uma otimização da terapêutica, monitorização de efeitos adversos, se ocorrerem, e a sensação, por parte do doente, de que se encontra mais apoiado e compreendido, o que conseqüentemente, o pode levar a perceber a importância da toma da medicação, facilitando a adesão à terapêutica. Quando identificados problemas que possam ser resolúveis pelo farmacêutico, este sugere alterações junto do doente, monitorizando-as posteriormente. Caso não esteja ao alcance do farmacêutico, há comunicação e encaminhamento do doente ao médico (42)(86).

Perante um doente diagnosticado com fibromialgia que seja alvo do serviço de revisão terapêutica, ou seja, que tome concomitantemente vários medicamentos de forma crónica, um dos objetivos do farmacêutico será identificar fármacos que possam

agravar ou causar sintomas descritos pelo doente. Com isto, o farmacêutico, após identificar este tipo de fármacos, pode procurar alternativas terapêuticas, se for possível, alertar para a suspensão de determinados fármacos que já não serão convenientes, por exemplo, a toma contínua de AINEs, após nova prescrição de um antidepressivo para a fibromialgia e encaminhar ao médico caso necessário (42).

Ao alcance do farmacêutico está ainda a capacidade de identificar critérios passíveis de encaminhamento do doente para uma unidade de dor, como o facto deste ser refratário a várias terapêuticas que já lhe foram instituídas (42).

Uma das medidas que o farmacêutico pode adotar junto de um doente com fibromialgia, se o seu médico ainda não o tiver recomendado, passa por o aconselhar a manter um Diário da Dor. Neste, o doente deve registar a intensidade da sua dor, usando por exemplo a EAN, a terapêutica instituída, efeitos adversos que tenha sentido, terapêuticas complementares que pratique, e avaliação do seu bem-estar geral. Desta forma, há um maior envolvimento do doente no processo de tratamento, promovendo o autocuidado, assim como este diário constitui uma ferramenta importante para o clínico e até para o farmacêutico, no auxílio ao estabelecimento de objetivos terapêuticos, e na escolha do tratamento adequado para o doente. (88)

Em países em que é possível o farmacêutico iniciar ou ajustar terapêuticas, gerir efeitos adversos e descontinuar fármacos que não são efetivos, há evidências de que estes profissionais podem desempenhar um papel importante no controlo da dor. Um estudo baseado na criação de uma clínica da dor por telefone, teve como um dos objetivos averiguar se os farmacêuticos, como especialistas do medicamento, poderiam ter um papel mais direto quando há dor complicada e debilitante (89). O estudo avaliou concretamente o benefício da criação da clínica da dor por telefone na dor neuropática, e contou com 23 doentes diagnosticados com fibromialgia, de 52 outros doentes. Usando uma escala homóloga da EAN, os doentes autoavaliavam-se de 0 a 10, (correspondendo 0 a “sem dor” e 10 a “dor máxima”) antes de integrarem a clínica da dor por telefone e após 18 meses da sua inscrição, ou antes da nota de alta. Foram avaliadas também as alterações na medicação a partir do momento da inscrição. Neste estudo, a terapêutica foi totalmente gerida por farmacêuticos, ao invés de outros estudos, onde estes apenas tiveram papel de suporte no tratamento da dor. Um dos

critérios determinados para avaliar a efetividade do serviço implementado foi a redução dos *scores* de autoavaliação da dor, por parte dos doentes. Verificou-se que este critério foi atingido com sucesso, através da maximização e otimização das terapêuticas dos doentes, inteiramente da responsabilidade do farmacêutico (89).

#### 1.14. Prognóstico

A fibromialgia é uma doença crónica, logo pode ser controlada, mas não curada (21). Sem diagnóstico e tratamento adequados, um doente com fibromialgia pode ter a ilusão de progressão da doença, no entanto, isto é apenas resultado da privação de sono e descompensação funcional (45).

Por ser uma condição persistente, a maioria dos doentes com fibromialgia continua sintomática ao longo do tempo, contudo, os sintomas podem aumentar ou diminuir de gravidade dependendo de alguns fatores, tais como o modo de início da patologia, os seus sintomas e gravidade dos mesmos, a concomitância com angústia, perturbações de humor e outras doenças, e a existência de incapacidade para o trabalho e lazer (9). A título de exemplo, o aumento do *stress* pode contribuir para a recidiva, em intervalos frequentes, da sintomatologia da fibromialgia. Porém, se o controlo da dor for alcançado, também pode ocorrer uma certa remissão dos sintomas. A vida ativa de um doente com fibromialgia, quer a nível laboral, quer na manutenção de outro tipo de ocupação, contribui também para uma melhoria da sintomatologia. Ao contrário do que a maioria dos doentes presume e segundo alguns estudos, os sintomas pioram quando os doentes ficam incapacitados (9)(45).

Os fatores que podem contribuir para um prognóstico desfavorável incluem altos níveis de angústia, diagnóstico de fibromialgia há muitos anos, concomitância com doenças psiquiátricas graves ou depressão e ansiedade igualmente graves que não respondem aos tratamentos, comprometimento funcional acentuado apesar das abordagens terapêuticas e multidisciplinares, dependência de álcool e opióides, e um padrão de trabalhador compulsivo (45).

O prognóstico pode ser favorável para doentes tratados seguindo um programa multidisciplinar, no entanto, há sempre algum grau de sintomatologia que tende a persistir. Raramente ocorrem remissões, apenas podendo ocorrer ligeiras melhorias relativamente à dor e fadiga (90).

De modo geral, os doentes com fibromialgia revelam maior incapacidade para o trabalho do que o resto da população, pelo que há uma maior propensão para usufruírem de subsídios por invalidez (91). Em doentes que tomaram antidepressivos, estes fármacos (muitas vezes considerados como primeira linha) apenas foram efetivos numa minoria, e com efeitos adversos bastante comuns (55). A taxa de mortalidade não parece estar aumentada em doentes com fibromialgia, porém, há um risco elevado de suicídio quando existe concomitantemente depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos (92). Posto isto, deve haver uma monitorização especial em doentes com sintomas de depressão (21).

Apesar da presença de muitos sintomas crónicos, é importante ressaltar que a maioria dos doentes vive uma vida normal e ativa (55).

## 2. Estudo de Caso: Fibromialgia e o seu Impacto na Vida da Pessoa com a Doença

### 2.1. Objetivos

O presente estudo teve como principal objetivo, reportar casos clínicos de pessoas com fibromialgia e interpretá-los à luz da evidência científica referida na componente teórica da dissertação. Pretendeu também avaliar qual o impacto da fibromialgia no quotidiano do indivíduo, durante a sua última semana, através da aplicação do *FIQR*, bem como, aferir qual poderá ser o papel do farmacêutico junto de um doente com fibromialgia, na opinião dos inquiridos.

### 2.2. Metodologia

#### 2.2.1. Enquadramento Temporal e Espacial

Trata-se de um estudo de caso, que inclui três casos clínicos, realizado na Farmácia Avenida, localizada em Loulé e pertencente ao distrito de Faro. A equipa que constitui a farmácia é composta por nove elementos, dois Farmacêuticos, três Técnicos de Farmácia e quatro Técnicos Auxiliares de Farmácia. A recolha de dados foi efetuada no período de 21 de junho a 6 de agosto de 2021, perante os utentes desta farmácia.

#### 2.2.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

A seleção da amostra foi efetuada por conveniência, pela equipa da farmácia, seguindo critérios de inclusão e de exclusão. Foram critérios de inclusão no estudo:

- Utes da farmácia com idade igual ou superior a 18 anos;
- Utes que reportassem oralmente um diagnóstico médico efetivo de fibromialgia.

Considerou-se como critério de exclusão:

- Utentes que revelassem problemas ao nível da compreensão do objetivo do estudo.

### 2.2.3. Instrumento para Recolha de Dados

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário construído para o efeito (anexo 4) composto por perguntas de escolha múltipla e resposta curta que foram diretamente respondidas no formulário. O questionário contemplou duas partes, a primeira destinada a ser preenchida pela autora e a segunda parte preenchida pelo utente. Relativamente à primeira parte, o questionário foi dividido em várias secções, incluindo:

- Caracterização sociodemográfica, visando recolher dados como o nível de escolaridade e a situação profissional do utente;
- Acesso ao sistema de saúde, com questões sobre o tipo de acompanhamento clínico que o utente tem, bem como a média do número de consultas médicas por ano;
- História clínica, abordando não só a história de fibromialgia, como também outras comorbilidades;
- História farmacoterapêutica, visando recolher informação sobre toda a medicação que o utente toma;
- Estilos de vida;
- Avaliação do controlo da patologia direcionada para a dor, com uma breve descrição da mesma pelo utente.

A segunda parte do questionário, de autopreenchimento, contempla um outro questionário, validado para a população portuguesa, para avaliar diferentes domínios da fibromialgia, nos últimos sete dias do quotidiano do inquirido, o *FIQR*. Para além deste, contempla ainda uma última secção para aferir qual poderá ser o papel do farmacêutico junto de um doente com fibromialgia, na opinião do utente recrutado.

A escolha do *FIQR* como instrumento de avaliação do impacto da fibromialgia na vida do doente, nos últimos sete dias, prendeu-se com o facto de ser um dos

questionários mais utilizados, desenvolvido especificamente para avaliação da fibromialgia e adaptado a todos os doentes. É um questionário fácil de aplicar, permitindo respostas rápidas e em que rapidamente se obtém o valor do *score*. A pontuação total varia entre 0 e 100, sendo que quanto mais elevado for o valor de *score*, maior o impacto global da fibromialgia na vida da pessoa.

#### 2.2.4. Consentimento Informado

A Declaração de Consentimento Informado (anexo 5) foi construída para o efeito e de acordo com a legislação de proteção de dados e as recomendações da DGS (93)(94). A sua assinatura pelo participante foi salvaguardada antes da recolha de dados.

#### 2.2.5. Pré-Teste

O questionário foi sujeito a um pré-teste com a primeira utente que respondeu ao inquérito, pelo que paralelamente, se conseguiu avaliar a aplicabilidade prática e adequabilidade do mesmo. Posteriormente, foram feitas algumas alterações no questionário inicial, mas não foram relevantes ao ponto de excluir os dados recolhidos junto da primeira utente do estudo.

As alterações realizadas consistiram essencialmente no acrescento de um espaço próprio para anotar outras informações relatadas pelo doente que fossem revelantes, uma vez que, apesar da maioria das questões se focar no momento presente, durante o decorrer da “entrevista” houve tendência por parte do doente para fazer vários paralelismos com o passado, os quais podiam ser importantes para o estudo de caso. Outra das alterações foi na adaptação das partes do questionário que deveriam ser de autopreenchimento e as que deveriam ser preenchidas pela autora. Desta forma, apenas o *FIQR* e a última secção correspondente ao papel do farmacêutico junto de um doente com fibromialgia, foram de preenchimento pelo doente, pois a essência do *FIQR* é mesmo essa. No caso da última secção, procurou-se evitar uma possível parcialidade na resposta, caso a questão fosse verbalizada pela autora. A parte remanescente do

questionário foi preenchida pela autora para que fosse possível uma melhor gestão de tempo, permitindo ainda uma clarificação e adaptação das questões a cada doente. Desta forma, a recolha de dados não se tornou monótona e acabou por constituir uma partilha da experiência, por parte do doente, de como é ter fibromialgia.

#### 2.2.6. Seleção dos Participantes

O local do estudo coincidiu com o local onde decorreu o estágio curricular, pelo que foram explicados os objetivos do estudo à equipa da farmácia, e solicitado que caso detetassem algum utente com diagnóstico de fibromialgia ou conhecessem alguém que o tivesse, que o encaminhassem para a autora, para que esta lhe pudesse aplicar o questionário.

O recrutamento dos inquiridos seguiu o processo ilustrado abaixo (figura 2.1) em gabinete, quando disponível, ou em balcão mais resguardado, de modo que fosse assegurada a privacidade para a recolha de dados. Sempre que possível e necessário, foram posteriormente consultadas as fichas de utente da farmácia, com a permissão dos mesmos, para confirmar a medicação por eles descrita.

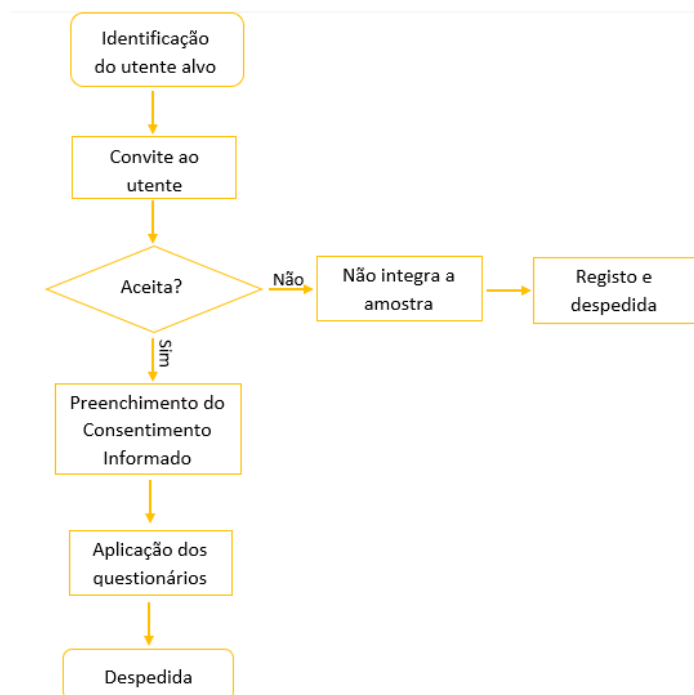


Figura 2.1 - Fluxograma de recrutamento de utentes.

## 2.3. Resultados

Foram convidados a participar no estudo de caso quatro utentes, dos quais um recusou participar. Assim sendo, a amostra considerada contou com apenas três utentes.

### 2.3.1. Estudo de Caso de E.C.

A primeira utente, E.C., do sexo feminino e com 47 anos, habita com o seu marido em meio rural, no entanto, no passado viveu em meio urbano. Relativamente ao nível de escolaridade, tem o ensino secundário e atualmente encontra-se a trabalhar. Hoje em dia, é acompanhada apenas pelo médico de família, apesar de já ter sido acompanhada por um reumatologista anteriormente, e em média vai a seis ou mais consultas médicas por ano.

E.C. foi diagnosticada com fibromialgia por volta dos seus 30 anos por um reumatologista, e na sua opinião, passados 16 anos de diagnóstico não considera a patologia controlada. Para além da fibromialgia, atualmente possui ainda hipercolesterolemia, artroses e escoliose. Como antecedentes pessoais de doença relatou flebotrombose devido à toma do anticoncepcional oral, menopausa precoce e cancro na bexiga. Na sua família direta, tanto a mãe como a avó sofriam muito de ansiedade (não diagnosticada) e a mãe teve artroses desde cedo.

A terapêutica atual de E.C. encontra-se sistematizada no quadro 2.1 abaixo. Referiu que anteriormente chegou a tomar pregabalina e antidepressivos, no entanto, recusou continuar a tomá-los porque sentiu que deixou de ser quem era e afirmou “o importante é sentirmo-nos quem somos”. A nível de suplementação, hoje em dia a doente não toma nenhum suplemento alimentar, apesar de no passado já ter tomado multivitamínicos e outro suplemento à base de magnésio: os primeiros aconselhados pelo médico de família, e o último por um especialista em acupuntura. Descreveu ter-se sentido melhor na altura em que os tomava.

Quadro 2.1 - Terapêutica atual de E.C.

Fármaco	Indicação terapêutica descrita pela doente	Sente-se melhor?	Prescritor	Posologia tomada	Toma como o médico indicou?	Efeitos indesejáveis
<b>Pravastatina 20mg</b>	<i>Colesterol</i>	Não	Médico de família	1 comprimido à noite	Sim	Não
<b>Alprazolam 1mg</b>	<i>Dormir</i>	Sim	Reumatologista	Meio comprimido à noite	Não. Seria 1 comprimido	Não
<b>Tramadol 150mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Médico de família	SOS	Sim	Não
<b>Metamizol magnésico 575mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Médico de família	SOS	Sim	Não
<b>Paracetamol 1000mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Médico de família	SOS	Sim	Não
<b>STD de lidocaína 50mg/g</b>	<i>Dores nas costas</i>	Não sabe	Reumatologista	SOS	Sim	Não

Abordada a secção dos estilos de vida, verificou-se que E.C. tem uma alimentação regrada, evitando alimentos ricos em gordura e açucarados, e introduzindo todos os dias frutas e legumes nas suas refeições. Ocasionalmente, durante a semana também consome cereais e sementes. Atualmente, E.C. não pratica exercício físico, referiu ter frequentado aulas de hidroginástica antes da pandemia Covid-19, nas quais se sentia melhor e gostava bastante. Já frequentou no passado um ginásio, no entanto, sem acompanhamento, pelo que revelou ter piorado a sua condição e não ter gostado. O seu Índice de Massa Corporal (IMC) é de aproximadamente 20,2 o que segundo os valores de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS), se encontra no peso normal (95).

Quando feita uma breve avaliação do controlo da patologia, mais direcionada para a dor, E.C. atribuiu a pontuação de 7, numa escala de 0 a 10, à dor sentida na última semana. A dor foi descrita com várias parestesias, essencialmente, como sensação de queimadura (“parece que a língua foi queimada com água quente”), e formigueiro.

Quando apresentado o diagrama corporal (figura 2.2) para E.C. assinalar as áreas corporais onde sentiu mais dor questionou “O que é que não me dói?”.

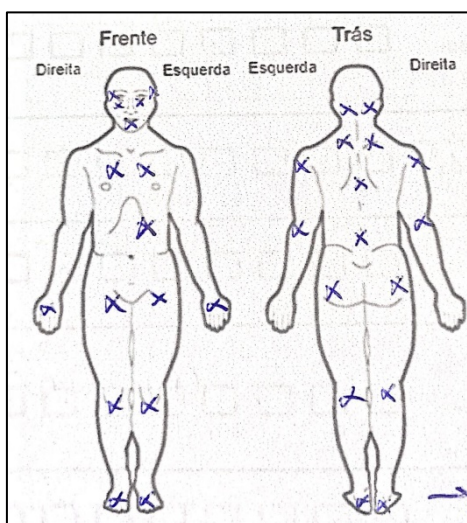


Figura 2.2 - Diagrama corporal assinalado com as áreas onde E.C. sente mais dor.

No *FIQR* a doente obteve um *score* de 22 em 30 no domínio da função, 17 em 20 no domínio do impacte global e 33,5 em 50 no domínio dos sintomas comuns. Assim sendo, obteve um *score* total, aproximado, de 73 em 100 como avaliação do impacte da fibromialgia na sua vida, durante os últimos sete dias.

Na última secção relativa ao papel do farmacêutico no acompanhamento a um doente com fibromialgia, E.C., considerou que este pode ser mais interventivo, tendo em conta a proximidade com os doentes. Para além de ter assinalado todas as opções sugeridas que se encontravam descritas no questionário (anexo 4), sugeriu ainda a importância do aconselhamento do farmacêutico em situações *minor* que advêm da fibromialgia. Referiu como exemplo, o facto de “não conseguir dormir e o farmacêutico poder aconselhar um suplemento à base de melatonina”.

### 2.3.2. Estudo de Caso de M.F.

M.F., do sexo feminino, e com 51 anos, habita com o seu companheiro em meio urbano. Tem o 2º ciclo de escolaridade e atualmente encontra-se a trabalhar. Em relação ao seu acesso ao sistema de saúde, é acompanhada por um médico de clínica geral e familiar numa instituição de saúde privada e recentemente passou a ser acompanhada também por um reumatologista. Em média, anualmente, vai a 4 ou mais consultas médicas.

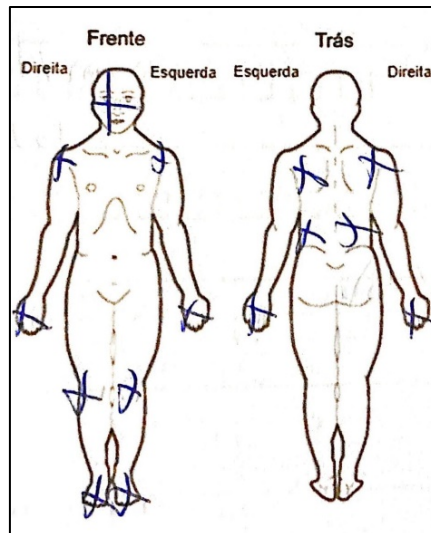
Foi feito o diagnóstico de fibromialgia há um ano por um ortopedista, no entanto, já sofre com sintomas desde os seus 30 anos. Na sua opinião, a patologia não está controlada, apesar de ter mais crises durante o inverno. Para além da fibromialgia, é diabética tipo 2, possui *hérnias*, hipercolesterolemia, Síndrome de *Ménière* e depressão. Relativamente a antecedentes familiares, M.F. refere que a avó materna tinha os mesmos sintomas de fibromialgia, e por isso, afirma que possivelmente a avó teve fibromialgia não diagnosticada.

Em relação à sua terapêutica atual, esta encontra-se descrita no quadro 2.2. A doente reforçou que só não se encontra pior, devido à toma da fluoxetina e acrescentou que tomou durante muitos anos tramadol para dores nas costas, que hoje sabe terem origem na fibromialgia. Contudo tornou-se dependente daquele medicamento, tendo tido que efetuar o respetivo desmame durante 6 meses. Para além da medicação, toma também um suplemento alimentar à base de vitamina D, prescrito pelo médico de família, e afirmou sentir-se melhor.

Quadro 2.2 - Terapêutica atual de M.F.

Fármaco	Indicação terapêutica descrita pela doente	Sente-se melhor?	Prescritor	Posologia tomada	Toma como o médico indicou?	Efeitos indesejáveis
<b>Fluoxetina 20mg</b>	<i>Depressão</i>	Sim	Psiquiatra	1 comprimido por dia	Sim	Não
<b>Tibolona 2,5mg</b>	<i>Menopausa</i>	Sim	Ginecologista	1 comprimido por dia	Sim	Não
<b>Atorvastatina 20mg</b>	<i>Colesterol</i>	Sim	Médico de família	1 comprimido à noite	Sim	Não
<b>Metformina 850mg</b>	<i>Diabetes</i>	Sim	Médico de família	Meio comprimido por dia	Sim	Não
<b>Beta-histina 24mg</b>	<i>Síndrome de Ménière</i>	Sim	Médico de família	1 comprimido duas vezes por dia	Sim	Não
<b>Metamizol magnésico 575mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Médico de família e Reumatologista	SOS	Sim	Não
<b>Paracetamol 1000mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Médico de família e Reumatologista	SOS	Sim	Não

Relativamente aos estilos de vida pode concluir-se que M.F. não faz qualquer tipo de restrição alimentar, apenas come alimentos ricos em gordura e açucarados pontualmente durante a semana, porém todos os dias ingere frutas e legumes e 3 a 4 vezes por semana, alimentos à base de cereais, sementes e laticínios sem lactose, pois é intolerante. Atualmente não pratica exercício físico, mas mencionou ter experimentado hidroginástica no passado e revelou ter gostado. Também praticou pilates, no entanto, devido à sua falta de equilíbrio teve dificuldades. M.F. tem um IMC de 30,8, o que recai sobre o parâmetro de obesidade classe I, considerada moderada. Feita a avaliação do controlo da patologia relativamente à dor, M.F. pontuou a dor sentida na última semana, numa escala de 0 a 10, com 7. Abaixo encontra-se o diagrama corporal (figura 2.3) com as áreas assinaladas onde a doente sentiu mais dor. A dor foi descrita como sensação de formigueiro, choque elétrico e dor latejante como uma dor “moinha que nunca pára”.



*Figura 2.3 - Diagrama corporal assinalado com as áreas onde M.F. sente mais dor.*

No *FIQR*, M.F., obteve um *score* de aproximadamente, 25,67 em 30, no domínio da função, de 5 em 20 no domínio do impacto global e de 31,5 em 50 no domínio dos sintomas comuns, obtendo assim um *score* total, aproximado, de 62 em 100 como avaliação do impacto da fibromialgia na sua vida, durante os últimos sete dias. Na última secção correspondente ao papel do farmacêutico junto de um doente com fibromialgia, M.F. assinalou todas as opções sugeridas, como possíveis e interessantes e acrescentou ainda, a importância que o farmacêutico pode ter em, simplesmente, orientar o doente para o profissional de saúde adequado, em determinados prognósticos de fibromialgia.

### 2.3.3. Estudo de Caso de I.R.

I.R. com 63 anos e do sexo feminino, é casada, no entanto, atualmente reside apenas com a filha em meio rural, apesar de, no passado, já ter vivido em meio urbano. Tem o 3º ciclo de escolaridade e atualmente encontra-se reformada. Em relação ao seu acesso ao sistema de saúde, anteriormente foi seguida por uma equipa multidisciplinar, porém, hoje em dia, é apenas acompanhada por um médico de medicina interna e sublinhou “assim o médico dá para tudo”. Recorre a consultas médicas, em média, 3 vezes ou mais por ano.

Tinha 47 anos quando lhe foi feito o diagnóstico de fibromialgia por um ortopedista. Atualmente acha que a fibromialgia está controlada e para além desta patologia tem ainda, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, hipotiroidismo e miopatia central core. Sofreu também duas depressões em que esteve de baixa médica durante 6 meses. Na sua família direta, a mãe também tinha miopatia central core.

A medicação que toma atualmente encontra-se descrita no quadro 2.3 abaixo. Relativamente a suplementos alimentares, tomou anteriormente um multivitamínico aconselhado por um naturopata. Atualmente toma apenas um laxante à base de ispagula e um ansiolítico/sedativo à base de extrato de planta, ambos aconselhados por farmacêuticos.

Quadro 2.3 - Terapêutica atual de I.R.

Fármaco	Indicação terapêutica descrita pela doente	Sente-se melhor?	Prescritor	Posologia tomada	Toma como o médico indicou?	Efeitos indesejáveis
<b>Pregabalina 150mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Reumatologista	1 comprimido por dia	Não. Seria 2 comprimidos por dia	Não
<b>Mexazolam 1mg</b>	<i>Para acalmar</i>	Sim	Psiquiatra	1 comprimido de manhã e 1 à noite	Não. Seria apenas em SOS	Não
<b>Mirtazapina 30mg</b>	<i>Para dormir</i>	Sim	Médico de família	1 comprimido à noite	Sim	Não
<b>Levotiroxina sódica 75µg</b>	<i>Tiróide</i>	Sim	Endocrinologista	1 comprimido antes do pequeno-almoço	Sim	Não
<b>Indapamida 1,5mg</b>	<i>Tensão</i>	Sim	Endocrinologista	1 comprimido antes do pequeno-almoço	Sim	Não
<b>Nifedipina 30mg</b>	<i>Coração</i>	Sim	Médico de família	1 comprimido por dia	Sim	Não
<b>Fenofibrato 145mg</b>	<i>Colesterol</i>	Não sabe	Médico de família	1 comprimido por dia	Sim	Não
<b>Fluoxetina 20mg</b>	<i>Relaxar</i>	Sim	Psiquiatra	1 comprimido ao pequeno-almoço	Sim	Não
<b>Ibuprofeno 400 mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Médico de família	SOS	Sim	Não
<b>Ciclobenzaprina 10mg</b>	<i>Dores</i>	Sim	Reumatologista	1 comprimido à noite	Sim	Não

Pela avaliação aos estilos de vida de I.R., concluiu-se que raramente consome alimentos açucarados e ricos em gordura, todos os dias tenta introduzir na sua alimentação frutas e legumes e, várias vezes ao longo da semana consome alimentos à base de cereais, sementes e laticínios. Atualmente não pratica exercício físico, porque

“a coluna não permite”, mas já fez hidroginástica e fisioterapia revelando melhorias na altura. Tem um IMC de 36, indicando obesidade classe II (severa).

Na avaliação do controlo da patologia, específica para o parâmetro da dor, I.R. atribuiu, numa escala de 0 a 10, pontuação 5 para o grau de dor sentido na última semana. Descreveu-a como uma dor em formigueiro e uma “moinha que alterna”, dependendo dos dias. Referiu como exemplo, “se fizer alguma coisa piora”, porém, há sempre “uma dorzinha a nível muscular”. Na figura 2.4 abaixo, encontram-se assinaladas as áreas onde I.R. sentiu mais dor.

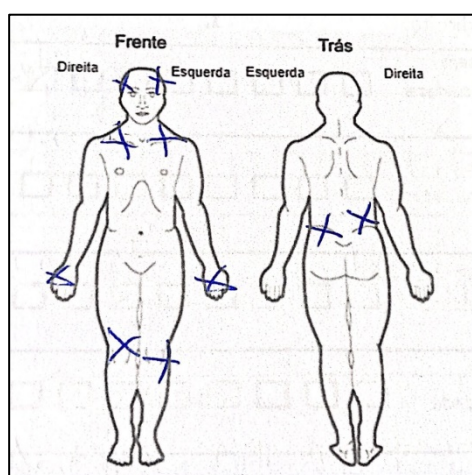


Figura 2.4 - Diagrama corporal assinalado com as áreas onde I.R. sente mais dor.

No *FIQR*, I.R., obteve um *score* de 25 em 30 no domínio da função, de 15 em 20 no domínio do impacte global, e de 37 em 50 no domínio dos sintomas comuns, obtendo assim um *score* total de 77 em 100 como avaliação do impacte da fibromialgia na sua vida, durante os últimos sete dias.

Relativamente à última secção de qual poderá ser o papel do farmacêutico junto de um doente com fibromialgia, I.R. assinalou a opção de “revisão da medicação, no caso de ser polimedicado”, como a opção que mais lhe despertou interesse.

## 2.4. Discussão

Para este estudo de caso não se pretendia que houvesse uma amostra significativa, mas apenas alguns utentes que aceitassem partilhar a sua vivência com a patologia. Deve dizer-se que não foi difícil encontrar utentes com fibromialgia que aceitassem integrar a pequena amostra do estudo, pois a sua prevalência a frequentar as farmácias é relativamente elevada.

As três utentes que aceitaram participar no estudo são todas do sexo feminino e com idades acima dos 40 anos, o que vai de encontro aos dados descritos na literatura que dão conta de uma maior prevalência de fibromialgia nas mulheres, sobretudo acima dos 40 anos (13). É comum às três viverem acompanhadas ou pelo marido ou filhos, pressupondo-se assim algum apoio e suporte familiar, e têm também em comum, o facto de já terem vivido em meio urbano, pelo menos quando se deu o diagnóstico de fibromialgia. Apesar de não ser consensual o facto de existir maior prevalência de fibromialgia, entre as pessoas que habitam no meio rural, não foi o que se verificou (14).

Nos três casos observados o nível de escolaridade é baixo, o que está de acordo com a literatura que associa a ocorrência de fibromialgia em pessoas com menor escolaridade (14). Atualmente, todas se encontram a trabalhar, exceto I.R. que já está reformada. Porém, é-lhes comum terem passado por períodos de baixa médica, apesar destes não estarem diretamente relacionados com a fibromialgia – o que não vai ao encontro com o que está descrito na literatura, acerca da quebra de produtividade após diagnóstico de fibromialgia (18). Relativamente ao IMC, verificou-se que duas das doentes estão no parâmetro de obesidade, pelo que apesar da literatura ainda ser vaga a este respeito, corresponde ao que foi obtido num estudo que relaciona a obesidade e maior prevalência da fibromialgia (14)(16).

Quanto ao acesso ao sistema de saúde, as três doentes recorrem em média, a um nível considerável de consultas médicas por ano, entre 3 no mínimo a 6 ou mais, o que vai de encontro ao descrito na literatura e num estudo da *EpiReumaPt*, acerca dos doentes com fibromialgia necessitarem de quase o dobro de consultas médicas em comparação com indivíduos sem esta patologia (15)(18). O tipo de acompanhamento clínico a que estas doentes recorrem é sobretudo o médico de família ou médico de

clínica geral, no entanto, já ocorreu, por todas, pelo menos um seguimento por um reumatologista, e no caso de I.R. por uma equipa multidisciplinar (ainda que esta não funcionasse, conforme o que se depreende das suas respostas, de acordo com a articulação devida entre profissionais de saúde).

Na secção da história clínica, verificou-se que o diagnóstico de fibromialgia lhes foi feito durante a faixa etária dos 30 aos 50 anos, o que corresponde ao encontrado na literatura (14). O diagnóstico foi feito maioritariamente por ortopedistas, à exceção de uma das utentes, em que foi feito por um reumatologista. Todas as inquiridas possuem outras comorbilidades, tanto a nível metabólico (como diabetes, hipotiroidismo e hipercolesterolemia), como a nível reumático (a título de exemplo, artroses e miopatia). Um antecedente pessoal de depressão é comum a duas das doentes, e todas tinham antecedentes familiares de patologias do foro psicológico, ou reumático, ou até mesmo de possível fibromialgia sem diagnóstico. Desta forma, é concordante com o que se encontrou na bibliografia acerca da concomitância da fibromialgia com outras comorbilidades, e especialmente no caso de antecedentes familiares de doenças reumáticas e/ou psicológicas serem um fator de risco para o desenvolvimento de fibromialgia (14)(17)(21). Num desabafo mais pessoal, as inquiridas revelaram ter passado por algumas experiências pessoais traumáticas, que de acordo com o que está descrito na literatura, podem ter potenciado o desenvolvimento da fibromialgia ou agravá-la em determinadas fases (14)(45).

Relativamente à história farmacoterapêutica, apenas uma das doentes, I.R., toma medicação para a fibromialgia, mais precisamente pregabalina 150mg descrita pela mesma, como tendo a função de “aliviar as dores”. Esta terapêutica vai de encontro ao apresentado pelas *guidelines* estudadas como sendo uma possibilidade, e está concordante com o facto da doente estar a tomar a dose mais baixa (96). Esta doente toma ainda ibuprofeno 400mg, que não é recomendado pela *guideline* EULAR, porém, pode ser considerado segundo a *guideline* canadiana, desde que seja na menor dose possível e durante um curto período de tempo (96). Visto que a doente faz a toma do AINE apenas em SOS está concordante com a *guideline* da CRA (36). Face à toma também de ciclobenzaprina 10mg por I.R., segundo a literatura, esta é apenas

recomendada pela *guideline EULAR*, embora com fraca recomendação, revelando ter um benefício ao nível do distúrbio do sono (44).

M.F. e também I.R., tomam fluoxetina 20mg que relataram ser para os seus “episódios depressivos e relaxar”, no entanto, sendo um ISRS, esta não é recomendada pela *guideline EULAR*, ao contrário da *guideline* canadiana que considera que todas as classes de antidepressivos podem ser consideradas (36)(44).

E.C. recusou-se a tomar antidepressivos e anticonvulsivantes para a fibromialgia, tomando apenas analgésicos em SOS, como metamizol magnésico 575mg, paracetamol 1000mg ou tramadol 150mg, sendo que segundo as *guidelines* estudadas, não há evidência suficiente para a sua toma, podendo no entanto, ser considerada (36)(44).

Há também registo da toma de benzodiazepinas como alprazolam 1mg e mexazolam 1mg com o intuito de “ajudar a acalmar e a dormir”, segundo as doentes, bem como de outros fármacos direcionados para as patologias que têm em concomitância, como estatinas ou fibratos para a hipercolesterolemia, metformina para a diabetes, levotiroxina sódica para o hipotireoidismo, entre outros. Assim, depreende-se que são tidas em conta todas as patologias das doentes, direcionando-se a escolha dos fármacos a cada uma que necessite de ser controlada com terapêutica farmacológica, mas sempre tendo em conta toda a história clínica e farmacoterapêutica da doente (36).

Recorreu-se a duas bases de dados (*Medscape* e *Drugs.com*) para verificar se há interações medicamentosas relevantes nas terapêuticas das utentes em estudo (97)(98). E.C. toma apenas, diariamente pravastatina e alprazolam, pelo que toda a terapêutica analgésica que tem recorre em SOS. Ainda que a toma de tramadol seja em SOS, quando feita concomitantemente com alprazolam, E.C. pode incorrer num risco aumentado de sedação. No mesmo sentido, a administração tópica de lidocaína juntamente com a toma de paracetamol pode resultar em metahemoglobinemia, pois há sempre parte da lidocaína que é absorvida para a corrente sanguínea. No entanto, estas interações à partida não terão relevância clínica, pois as doses dos fármacos são relativamente baixas e a sua toma é feita maioritariamente em SOS.

Na medicação de M.F. verificam-se duas interações, embora sem significado clínico relevante. A tibolona pode reduzir o efeito da metformina por antagonismo dos recetores, no entanto, o efeito desta poderá estar aumentado por sinergismo, devido à interação que tem com a fluoxetina.

I.R. apresenta uma lista extensa de possíveis interações farmacológicas, sobretudo devido à toma de vários fármacos depressores do SNC. A toma conjunta de ciclobenzaprina e mirtazapina aumenta o risco de desenvolver síndrome serotoninérgica e de sedação, esta última também agravada pela toma de mexazolam. A toma concomitante de fluoxetina e pregabalina, embora estejam nas doses mais baixas, pode aumentar o efeito de ambos os fármacos, devido a uma relação de sinergismo. O risco de desenvolver síndrome serotoninérgica, à partida não terá significado clínico, contudo, o sintoma de sedação merecia particular atenção, pois a utente encontrava-se visivelmente confusa e sedada quando se dirigiu à farmácia. A toma de fluoxetina pode aumentar o efeito de nifedipina, por isso esta deve ser tomada na dose mais baixa (30mg assim como I.R. tem prescrito). Como a toma de ibuprofeno é feita apenas em SOS, as possíveis interações não terão tanto interesse clínico.

Atualmente, apenas uma utente afirmou tomar um suplemento alimentar à base de vitamina D. Apesar de não haver evidência suficiente para esta hipótese de terapêutica de suplementação, há associações entre a fibromialgia e o défice de vitamina D, e a utente revelou sentir-se melhor (60). As outras duas inquiridas tomaram suplementos alimentares no passado, sobretudo multivitamínicos, que também contribuíram para uma melhoria do seu bem-estar. Contudo, mais uma vez, não há evidência científica que corrobore os benefícios da suplementação alimentar (44).

Relativamente aos estilos de vida das três utentes, conclui-se que têm uma alimentação regrada e tentam alimentar-se de forma saudável, ingerindo frutas e legumes todos os dias. De forma geral, não comem alimentos açucarados ou evitam o seu consumo com frequência, assim como alimentos ricos em gordura. Porém, o que está descrito na literatura é que uma alimentação mais vegetariana que incluísse, para além das frutas e legumes, maioritariamente crus, cereais, sementes e alimentos fermentados (por exemplo, kefir e outros laticínios à base de probióticos), seria mais vantajosa a nível de redução da dor e outros fatores, face a uma dieta regular/omnívora

(57). De certa forma, as três utentes acabam por praticar uma dieta regular, pois a ingestão dos alimentos acima mencionados não é feita com tanta frequência e relevância.

Está descrito que a prática de exercício físico contribui para atenuar a dor e aliviar outro tipo de sintomatologia que um doente com fibromialgia possa ter (12). As três inquiridas revelaram melhorias ao nível do bem-estar quando praticavam alguma atividade desportiva, nomeadamente hidroginástica, no entanto, hoje em dia não fazem qualquer prática desportiva.

Quando foi feita a avaliação do controlo da patologia mais especificamente para o parâmetro da dor, foi comum às três utentes terem-na sentido na última semana. Duas delas atribuíram uma pontuação de 7, numa escala de 0 a 10 e a terceira utente, uma pontuação de 5. No diagrama corporal onde registaram as zonas com mais dor, salientam-se a dor na cabeça, nos ombros e zona do peito, zona lombar, mãos, joelhos e pés. Fazendo uma contagem dos pontos dolorosos assinalados, encontram-se 17 pontos para E.C., 8 para M.F. e 5 para I.R.. A dor descrita foi semelhante em todas, como uma dor em formigueiro e latejante características de dor neuropática, tal como mencionado na literatura (18).

Foi escolhido o *FIQR* como o questionário a utilizar para avaliar o impacto da fibromialgia no quotidiano das doentes durante os seus últimos sete dias, por ser uma das ferramentas mais utilizadas e também atualizada (43)(49). Avaliando o primeiro domínio que diz respeito à função de cada doente, concluiu-se que a utente M.F. é a que apresentou uma função mais debilitada, logo a seguir, I.R. e depois E.C., com aproximadamente 25,67, 25 e 22 de *score* em 30, respetivamente. Ou seja, demonstraram alguma dificuldade para realizar as suas tarefas diárias. Ao nível do domínio do impacte global, num total de 20 de *score*, a doente E.C. é a que revelou sofrer um maior impacte global da patologia na sua vida, ao longo da última semana, com um *score* de 17. De seguida, encontra-se a doente I.R. com 15 de *score* e depois M.F. com 5. No domínio da sintomatologia comum à doença, com um *score* total de 50, a doente com maior grau de sintomatologia foi I.R., com *score* de 37, a seguir E.C. com 33,5 e M.F. com 31,5. A sintomatologia avaliada neste domínio corresponde aos principais sintomas da fibromialgia e é essencialmente o nível de dor, energia para

efetuar as tarefas do quotidiano, rigidez muscular, qualidade do sono, depressão, problemas de memória, ansiedade, problemas de equilíbrio e sensibilidade ao toque, ruídos fortes, luzes brilhantes, cheiros e frio (18)(43). Fazendo a análise global do *FIQR*, obteve-se um *score* final de 77 em 100 para a utente I.R., 73 para E.C. e 62 para M.F., assim sendo, a fibromialgia apresentou um impacto mais negativo na vida de I.R., durante a sua última semana.

Um dos objetivos deste estudo de caso, consistia em recolher a opinião de doentes com fibromialgia relativamente ao papel que o farmacêutico pode ter no auxílio aos doentes com esta patologia. Foram apresentadas no questionário algumas sugestões de respostas: “Colaboração com o seu médico em prol da sua saúde”; “Divulgação de recursos de apoio sobre a fibromialgia”; “Aconselhamento mais direcionado sobre a sua medicação”; “Promoção de medidas que melhorem a sua qualidade de vida”; “Revisão da medicação, no caso de ser polimedicado”; “Consultas de Acompanhamento Farmacoterapêutico”.

Concluiu-se que, para as três participantes, pelo facto de o farmacêutico ter uma maior proximidade com os utentes, pode ter um papel maior junto de doentes com fibromialgia, nomeadamente, priorizando consultas de acompanhamento farmacoterapêutico para monitorizar a sintomatologia, bem como outras patologias que surgem em concomitância com a fibromialgia, ou no mínimo, destacando o serviço de revisão da medicação para os utentes que são polimedicados. Um maior tempo despendido com o utente ao balcão para esclarecer as suas dúvidas e desmistificar certos aspetos da doença, também seria importante, pois o farmacêutico poderia fazer um encaminhamento mais direcionado para outro profissional de saúde, caso identificasse situações que o justificassem. Devido à vasta sintomatologia que podem apresentar, os doentes com fibromialgia valorizam também o aconselhamento de um farmacêutico relativamente a produtos que possam ser benéficos para, em determinadas fases, ajudar a controlar determinado sintoma - por exemplo, uma crise de insónias, obstipação pontual ou a carência de determinada vitamina.

#### 2.4.1. Limitações do estudo

Este Estudo de Caso contou com uma pequena amostra de utentes onde se pretendeu recolher dados, compará-los entre si e com o que foi encontrado na bibliografia estudada. Apesar da amostra ser reduzida, esta é ainda assim relevante para as conclusões retiradas, bem como para o facto de estar alinhada com a literatura. Contudo, é uma limitação a amostra alcançada não ser representativa, pelo que os resultados alcançados não poderão ser extrapolados.

O facto de a fibromialgia ser uma patologia sem terapêutica que a caracterize, pode causar dificuldades metodológicas na limitação da amostra de utentes, uma vez que a identificação de potenciais doentes depende da mera dedução por parte da autora em face da medicação adquirida na farmácia, bem como do questionamento direto sobre o diagnóstico – o que pode até constituir uma invasão da privacidade do doente.

É importante referir que muitas vezes, a equipa da farmácia não teve a preocupação de identificar possíveis utentes alvo para integrar o estudo de caso, o que limitou ainda mais o tamanho da amostra.

Na secção do questionário correspondente à história farmacoterapêutica, foi extremamente difícil apurar exatamente qual a medicação que de facto as utentes faziam atualmente, pois houve muitos paralelismos com a medicação que fizeram no passado. Neste sentido, foram consultadas as fichas de utente da farmácia para confirmar toda a terapêutica levantada desde o início do presente ano civil, 2021, assim como as posologias descritas para cada fármaco.

### 3. Perspetiva da autora

No decorrer das entrevistas realizadas às três utentes, foi notória a importância do pensamento positivo e a forma como se encara a doença. As duas utentes que apresentaram menor *score* ao *FIQR*, ou seja, que se revelou que a fibromialgia tinha tido um baixo impacto na sua vida durante os últimos sete dias, são as doentes que melhor encaram a doença, afirmando até que “a fibromialgia nunca me vai ter a mim”. Por isso, apesar de terem que fazer um grande esforço para realizarem as suas atividades do quotidiano, fazem-nas na mesma, também pela consciência de que, quanto menos se movimentarem e tiverem uma vida mais sedentária, maior poderá ser o número de pontos dolorosos. Foi perceptível também que a terapêutica cognitivo-comportamental, que pode ter um papel essencial para um doente com fibromialgia, não tem ainda grande destaque, pelo menos para as três inquiridas, pois se algumas sem esta terapia já revelam uma boa postura perante a doença, se fossem acompanhadas por um psicólogo, os resultados clínicos poderiam ser ainda mais positivos.

Destacou-se também o conhecimento que as utentes revelaram ter acerca da fibromialgia, pois afirmaram estar sempre a pesquisar sobre a doença, principalmente na internet. Neste sentido, importa salientar a importância do farmacêutico, como profissional de saúde a que os doentes recorrem muitas vezes em primeiro lugar, na filtragem da informação que estas utentes encontram nas suas pesquisas, e na desmistificação de certas ideias, facultando por exemplo, materiais de apoio à doença com bibliografia credível.

Para finalizar, é importante nunca desvalorizar a dor de um utente, quer tenha diagnóstico de fibromialgia ou não, e auxiliar no seu reconhecimento. Os farmacêuticos, enquanto especialistas do medicamento, podem dar um contributo importante na regulação das tomas, na verificação de interações medicamentosas e contraindicações relevantes, proporcionando serviços de acompanhamento farmacoterapêutico e revisão da medicação, que podem ter um contributo muito benéfico para os resultados clínicos do doente.

## 4. Conclusão

A fibromialgia foi durante muitos anos uma doença controversa, pelo que apenas foi reconhecida enquanto tal pela OMS, em 1992. A dúvida sobre a existência da fibromialgia criou divergências de opiniões dentro da classe médica, devido à inexistência de anormalidades nos exames clínicos requeridos aos doentes, que suportassem as suas queixas.

Atualmente, já há bastante informação e apoio à investigação científica para que se determine a patogenia e fisiopatologia que podem estar associadas à fibromialgia, para assim, poder definir-se a farmacoterapia que lhe pode estar subjacente.

Apesar de ser uma patologia crónica até à data, existem fármacos que podem ser utilizados com o objetivo de reduzir a sintomatologia do doente. No entanto, o acesso a estes fármacos na Europa é apenas em uso *off-label*, ao contrário do que acontece nos EUA, em que existem três fármacos aprovados para o tratamento da fibromialgia (pregabalina, duloxetina e milnaciprano).

Face ao estudo de caso efetuado, pode concluir-se que, sobretudo em relação à terapêutica, existe a crença de que os antidepressivos são apenas para tratar situações de depressão, sem interferência no tratamento da dor. Assim, por vezes, identificam-se situações de doentes diagnosticados com fibromialgia, sem qualquer tipo de terapêutica para a dor ou com fraca adesão à mesma. Isto deve-se também ao facto de haver uma baixa tolerabilidade aos efeitos adversos que os fármacos usados na fibromialgia podem acarretar.

A fraca evidência associada aos fármacos que se estudam para a fibromialgia, contribui para o facto de a terapêutica atribuída aos doentes ainda ser muito empírica. A existência de critérios de diagnóstico de referência para a fibromialgia, como os do ACR e de instrumentos de medição do impacto da patologia na vida do doente, como o FIQR, ainda não têm grande visibilidade na prática clínica, pelo que se depreende que possa existir entre a classe médica, uma falta de atualização sobre a informação que já existe sobre a doença.

Perspetiva-se uma grande relevância no papel do farmacêutico junto de doentes com fibromialgia, sobretudo na desmistificação de crenças associadas à terapêutica,

monitorização da efetividade e segurança da mesma, e disponibilização de recursos de apoio aos doentes. Desta forma, importa que o farmacêutico, durante a sua atividade profissional, despenda um pouco mais de tempo com doentes portadores de dor crónica, como os doentes fibromiálgicos, a fim de melhorar os seus resultados clínicos.

## 5. Referências Bibliográficas

1. Inanici FF, Yunus MB. History of fibromyalgia: Past to present. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8(5):369–78.
2. History of Fibromyalgia [Internet]. [citado 22 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <https://www.healthcentral.com/article/history-of-fibromyalgia>
3. O que é a Fibromialgia? – Myos [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2020]. Disponível em: <https://myos.pt/fibromialgia/o-que-e-FM>
4. Direcção-Geral da Saúde. Circular Informativa nº45/2005: Fibromialgia. 2005;1–5.
5. Assembleia da República. Resolução da Assembleia da República nº94 e nº95/2015. *Diário da República.* 2015;4911–2.
6. Fibromialgia – SNS [Internet]. [citado 22 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/12/30/fibromialgia/>
7. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Ano Mundial contra Dor Musculoesquelética: Fibromialgia. 2010; Disponível em: <http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorMusculoEsqueletica/pt/Fibromyalgia.pdf>
8. International Association for the Study of Pain. Fibromyalgia - clinical update. *PAIN Clin Updat* [Internet]. 2010;18(4):1–4. Disponível em: <papers3://publication/uuid/DF52D1C5-00E3-4508-AB8C-1EDF258FE900>
9. Kasper, Dennis, Hauser, Stephen, Jameson, J et al. *Medicina Interna de Harrison.* 19.ª ed. AMGH, editor. Vol. 1. Porto Alegre: 2017;
10. Spaeth M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther.* 30 de Junho de 2009;11(3):117.
11. Cohen H. Controversies and challenges in fibromyalgia: a review and a proposal. *Ther Adv Musculoskel Dis* 2017,. 2017;9:115–27.
12. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2015;49(2):100–51.
13. Marques AP, Santo A de S do E, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol (English Ed.* Julho de 2017;57(4):356–63.
14. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia topical collection on fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(8).
15. ReumaCensus. EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. 2013;1–8. Disponível em: [http://www.reumacensus.org/pdf/quadrptico\\_resultados\\_epireumapt.pdf](http://www.reumacensus.org/pdf/quadrptico_resultados_epireumapt.pdf)
16. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* Junho de 2007;21(3):403–25.

17. Bhargava J, Hurley JA. Fibromyalgia [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC; 2021 [citado 7 de Setembro de 2021]. 1–17 p. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31082018>
18. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nat Rev Rheumatol*. 2020;16(11):645–60.
19. Guymer EK, Littlejohn GO, Brand CK, Kwiatek RA. Fibromyalgia onset has a high impact on work ability in Australians. *Intern Med J*. Setembro de 2016;46(9):1069–74.
20. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. *Curr Pain Headache Rep*. 2016;20(4):1–10.
21. Bair MJ, Krebs EE. In the clinic: fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2020;172(5):ITC33–48.
22. DiPiro, Joseph T.; Talbert, Robert L.; Yee GC. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 8.ª ed. McGraw-Hill, editor. 2011.
23. Coles ML, Weissmann R, Uziel Y. Juvenile primary Fibromyalgia Syndrome: epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. Vol. 19, *Pediatric Rheumatology*. BioMed Central Ltd; 2021.
24. Habib G, Artul S. Medical Cannabis for the Treatment of Fibromyalgia. *J Clin Rheumatol*. 2018;24(5):255–8.
25. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies. *Int J Mol Sci*. 2020;21(21):1–27.
26. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2019;20(6):611–28.
27. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: From pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7(9):518–27.
28. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–82.
29. O Site da Dor | Tudo sobre a Dor Crónica, Aguda e todos os Tipos de Dor [Internet]. [citado 18 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <https://dor.com.pt/dor/>
30. Portela, J. Luís; Neto I. Dor Oncológica. Em: *Dor e Cuidados Paliativos*. 1.ª ed. Lisboa: Permanyer Portugal; 1999. p. 9–11.
31. Terminologia IASP - IASP [Internet]. [citado 18 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Nociceptivepain>
32. Classification of Pain [Internet]. [citado 18 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <https://www.changepain.com/en/pain-insights/pain-basics/classification-of->

pain

33. Bouhassira D. Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. *Rev Neurol (Paris)*. 2019;175(1–2):16–25.
34. Ordem dos Enfermeiros (OE). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. 1.ª ed. Ordem dos Enfermeiros (OE), editor. 2008. 1–57 p.
35. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa N° 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003;1–4.
36. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Res Manag*. 2013;18(3):119–26.
37. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 2010;62(5):600–10.
38. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Ann Med*. 1 de Novembro de 2011;43(7):495–502.
39. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol*. Junho de 2011;38(6):1113–22.
40. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46(3):319–29.
41. Bennett RM. Clinical Manifestations and Diagnosis of Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009;35(2):215–32.
42. Roy L. Módulo 3. Dor neuropática e fibromialgia [Internet]. 2019 [citado 25 de Março de 2021]. Disponível em: [https://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/10242-modulo-3-dolor-neuropatico-y-fibromialgia#.YFzO\\_6\\_7TIW](https://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/10242-modulo-3-dolor-neuropatico-y-fibromialgia#.YFzO_6_7TIW)
43. Direção-Geral da Saúde. Norma N°017/2016: Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia. 2017;(Atualizada a 13/07/2017):1–17.
44. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Flub E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318–28.
45. Boomershine C. Fibromyalgia: Practice Essentials, Background, Pathophysiology [Internet]. 2020 [citado 24 de Março de 2021]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/329838-overview#showall>
46. Fitzcharles M-A, Perrot S, Häuser W. Comorbid fibromyalgia: A qualitative review of prevalence and importance. *Eur J Pain*. Outubro de 2018;22(9):1565–76.
47. Mork PJ, Vasseljen O, Nilsen TIL. Association between physical exercise, body

- mass index, and risk of fibromyalgia: Longitudinal data from the Norwegian Nord-Trøndelag Health Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 29 de Janeiro de 2010;62(5):611–7.
48. Moldofsky H, Scarisbrick P. Induction of Neurasthenic Musculoskeletal Pain Syndrome by Selective Sleep Stage Deprivation. *Psychosom Med*. Janeiro de 1976;38(1):35–44.
  49. Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther*. 10 de Agosto de 2009;11(4):R120.
  50. Lee M. Clinimetrics: The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Physiother* [Internet]. Setembro de 2020 [citado 11 de Maio de 2021]; Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1836955320300977?token=27E160251FA6CD07B3953F273BFB9098536BCF1C71EFB2FC5359972B342ADF813E85D585171094CB74E8F7A483791BFC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210510154640>
  51. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Gasparini S, Atzeni F, Grassi W. Development and validation of the self-administered Fibromyalgia Assessment Status: a disease-specific composite measure for evaluating treatment effect. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:125.
  52. Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petermann F, et al. Validation of the fibromyalgia survey questionnaire within a cross-sectional survey. *PLoS One*. 2012;7(5):3–8.
  53. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258–66.
  54. Goldenberg D. Treatment of fibromyalgia in adults not responsive to initial therapies. *UpToDate*. 2016;1–13.
  55. Goldenberg D. Initial treatment of fibromyalgia in adults. *UpToDate*. 2020;1–21.
  56. Haugen M, Kjeldsen-Kragh J, Nordvåg BY, Førre Ø. Diet and disease symptoms in rheumatic diseases — Results of a questionnaire based survey. *Clin Rheumatol*. Dezembro de 1991;10(4):401–7.
  57. Kaartinen K, Lammi K, Hypen M, Nenonen M, Hänninen O. Vegan diet alleviates fibromyalgia symptoms. *Pathophysiology*. Junho de 1998;5:264.
  58. Caruso I, Sarzi Puttini P, Cazzola M, Azzolini V. Double-blind study of 5-hydroxytryptophan versus placebo in the treatment of primary fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res*. 1990;18(3):201–9.
  59. Jacobsen S, Danneskiold-samsøe B, Andersen RB. Oral S-adenosylmethionine in Primary Fibromyalgia. Double-blind Clinical Evaluation. *Scand J Rheumatol*. 12 de Janeiro de 1991;20(4):294–302.
  60. Coles ML, Uziel Y. Juvenile primary fibromyalgia syndrome: A Review- Treatment

- and Prognosis. *Pediatr Rheumatol*. 2021;19(1):74.
61. De Souza Nascimento S, Desantana JM, Nampo FK, Adélia Ê, Ribeiro N, Lira Da Silva D, et al. Efficacy and Safety of Medicinal Plants or Related Natural Products for Fibromyalgia: A Systematic Review. *Evidence-Based Complement Altern Med*. 2013;2013:1–10.
  62. Goldenberg DL, Clauw DJ, Palmer RE, Clair AG. Opioid Use in Fibromyalgia A Cautionary Tale. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(5):640–8.
  63. C. Branco J. Fibromialgia. Em: *Abordagem Terapêutica em Reumatologia*. Lisboa: Lidel; 2010. p. 247–52.
  64. Scott JR, Hassett A, Brummett C, Harris R, Clauw D, Harte S. Caffeine as an opioid analgesic adjuvant in fibromyalgia. *J Pain Res*. Julho de 2017;Volume 10:1801–9.
  65. J. Clauw, Daniel M. Fibromyalgia: Update on Mechanisms and Management. *J Clin Rheumatol*. 2007;13(2):102–9.
  66. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE, et al. Pregabalin for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *ARTHRITIS Rheum*. 2005;52(4):1264–73.
  67. Murakami M, Osada K, Ichibayashi H, Mizuno H, Ochiai T, Ishida M, et al. An open-label, long-term, phase III extension trial of duloxetine in Japanese patients with fibromyalgia. *Mod Rheumatol*. 2016;27(4):688–95.
  68. Mease PJ, Clauw DJ, Gendreau RM, Rao SG, Kranzler J, Chen W, et al. The Efficacy and Safety of Milnacipran for Treatment of Fibromyalgia. A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *J Rheumatol*. 2009;36(2):398–409.
  69. Yancey J, Hydrick EN. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia. *Am Fam Physician*. 2016;94(7):548–9.
  70. INFARMED. Informação aos Profissionais de Saúde sobre Produtos à Base de Canábis Medicinal. 2021; Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
  71. Fiz J, Durán M, Capellà D, Carbonell J, Farré M. Cannabis Use in Patients with Fibromyalgia: Effect on Symptoms Relief and Health-Related Quality of Life. García AV, editor. *PLoS One*. 2011;6(4):1–5.
  72. Ministerio de Sanidad PS e I. *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. 150 p.
  73. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. Sommer C, editor. *PLoS One*. 2018;13(9):e0203755.
  74. Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, López-Rodríguez MM, Lara-Palomo IC, Arendt-Nielsen L, Fernández-de-las-Peñas C. Gender Differences in Pain Severity, Disability, Depression, and Widespread Pressure Pain Sensitivity in Patients with Fibromyalgia Syndrome Without Comorbid Conditions. *Pain Med*. 2012;13(12):1639–47.

75. Cairns BE, Gazerani P. Sex-related differences in pain. *Maturitas*. 2009;63(4):292–6.
76. Yunus MB. The Role of Gender in Fibromyalgia Syndrome. *Curr Rheumatol Rep*. 2001;3:128–34.
77. Miró E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valenza MC. [Fibromyalgia in men and women: comparison of the main clinical symptoms]. *Psicothema*. 2012;24(1):10–5.
78. Kashikar-Zuck S, Ting T V. Juvenile fibromyalgia: Current status of research and future developments. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10(2):89–96.
79. Kashikar-Zuck S, Lynch AM, Graham TB, Swain NF, Mullen SM, Noll RB. Social functioning and peer relationships of adolescents with juvenile fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 15 de Abril de 2007;57(3):474–80.
80. Paiva ES, Jones KD. Rational treatment of fibromyalgia for a solo practitioner. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(3):341–52.
81. Arnold LM, Gebke KB, Choy EHS. Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. *Int J Clin Pract*. 2016;70(2):99–112.
82. Binkiewicz-Glińska A, Bakula S, Tomczak H, Landowski J, Ruckemann-Dziurdzińska K, Zaborowska-Sapeta K, et al. Fibromyalgia Syndrome – a multidisciplinary approach. *Psychiatr Pol*. 2014;53(1):39–44.
83. Hulisz, Darrell; Komara J. Fibromyalgia Syndrome: An Update for Pharmacists [Internet]. 2006 [citado 30 de Março de 2021]. Disponível em: <https://www.uspharmacist.com/article/fibromyalgia-syndrome-an-update-for-pharmacists>
84. Arnold LM, Clauw DJ. Challenges of implementing fibromyalgia treatment guidelines in current clinical practice. *Postgrad Med*. 2017;129(7):709–14.
85. K, Chamberlin, Holle L. Management of pain conditions encountered by pharmacists: Osteoarthritis; low back pain; fibromyalgia; sprains, strains, contusions; and generalized headaches. *Drug Topics*. 2013;52–8.
86. Fibromialgia. Punto farmacológico nº 67 [Internet]. 2012 [citado 30 de Março de 2021]. Disponível em: [https://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/Informe\\_Fibromialgia\\_PF67.pdf](https://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/Informe_Fibromialgia_PF67.pdf)
87. Hahn KL. Fibromyalgia : the Role of the Pharmacist in Overcoming. 2009;153–8.
88. Avaliação - O Site da Dor [Internet]. [citado 30 de Março de 2021]. Disponível em: <https://dor.com.pt/dor/avaliacao/#1596798968963-4fe99ccb-0fb6>
89. Dumpit JR, McGuire CD, Wang FY, Crandall B, Chen TC. Evaluation of a Pharmacist Managed Telephone Pain Clinic for Neuropathy Treatment. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 1 de Outubro de 2020;34(4):219–24.
90. Rahman A, Underwood M, Carnes D. Fibromyalgia. *BMJ*. 24 de Fevereiro de

2014;348(feb24 5):g1224–g1224.

91. Wolfe F, Walitt BT, Katz RS, Häuser W. Social Security Work Disability and Its Predictors in Patients With Fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Setembro de 2014;66(9):1354–63.
92. Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Bliddal H. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: Increased frequency of suicide. *Arthritis Rheum*. 25 de Junho de 2010;62(10):3101–8.
93. Direcção Geral da Saúde. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito [Internet]. 2015 [citado 6 de Maio de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
94. P. D. A. República, C. Nacional and DEPDED. Regulamento 798/2018, 2018- 11- 30 - DRE [Internet]. 2018 [citado 6 de Maio de 2021]. Disponível em: <https://www.cnpd.pt/bin/>
95. WHO. Nutrition Landscape Information System: Help Content [Internet]. [citado 25 de Julho de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=392&lang=EN>
96. Kia S, Choy E. Update on Treatment Guideline in Fibromyalgia Syndrome with Focus on Pharmacology. *Biomedicines*. 8 de Maio de 2017;5(4):20.
97. Drug Interactions Checker - Medscape Drug Reference Database [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2021]. Disponível em: <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>
98. Drug Interactions Checker - For Drugs, Food & Alcohol [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2021]. Disponível em: [https://www.drugs.com/drug\\_interactions.html](https://www.drugs.com/drug_interactions.html)

## 6. Anexos

### Anexo 1 – Critérios de Diagnóstico da ACR 2016. Adaptado de (40).

#### Criteria

A patient satisfies modified 2016 fibromyalgia criteria if the following 3 conditions are met:

- (1) Widespread pain index (WPI)  $\geq 7$  and symptom severity scale (SSS) score  $\geq 5$  OR WPI of 4–6 and SSS score  $\geq 9$ .
- (2) Generalized pain, defined as pain in at least 4 of 5 regions, must be present. Jaw, chest, and abdominal pain are not included in generalized pain definition.
- (3) Symptoms have been generally present for at least 3 months.
- (4) A diagnosis of fibromyalgia is valid irrespective of other diagnoses. A diagnosis of fibromyalgia does not exclude the presence of other clinically important illnesses.

#### Ascertainment

(1) **WPI:** note the number of areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19

*Left upper region (Region 1)*

Jaw, left<sup>a</sup>

Shoulder girdle, left

Upper arm, left

Lower arm, left

*Right upper region (Region 2)*

Jaw, right<sup>a</sup>

Shoulder girdle, right

Upper arm, right

Lower arm, right

*Axial region (Region 5)*

Neck

Upper back

Lower back

Chest<sup>a</sup>

Abdomen<sup>a</sup>

*Left lower region (region 3)*

Hip (buttock, trochanter), left

Upper leg, left

Lower leg, left

*Right lower region (Region 4)*

Hip (buttock, trochanter), right

Upper leg, right

Lower leg, right

#### (2) Symptom severity scale (SSS) score

Fatigue

Waking unrefreshed

Cognitive symptoms

For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:

0 = No problem

1 = Slight or mild problems, generally mild or intermittent

2 = Moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level

3 = Severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems

**The symptom severity scale (SSS) score:** is the sum of the severity scores of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, and cognitive symptoms) (0–9) plus the sum (0–3) of the number of the following symptoms the patient has been bothered by that occurred during the previous 6 months:

(1) Headaches (0–1)

(2) Pain or cramps in lower abdomen (0–1)

(3) And depression (0–1)

The final symptom severity score is between 0 and 12

**The fibromyalgia severity (FS) scale** is the sum of the WPI and SSS

The FS scale is also known as the polysymptomatic distress (PSD) scale.

<sup>a</sup> Not included in generalized pain definition.

**Anexo 2 – Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR), versão portuguesa. Adaptado de (43).**

**INSTRUÇÕES:**

Para cada uma das seguintes nove questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica em que grau a fibromialgia dificultou cada uma das seguintes tarefas na última semana. Se não desempenhou alguma das atividades neste período, indique a dificuldade com que desempenhou pela última vez essa atividade. Se não pode desempenhar uma atividade, assinale a última caixa à direita.

Escovar ou pentear o seu cabelo	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Caminhar continuamente durante 20 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Preparar uma refeição	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Aspirar, esfregar ou varrer o chão	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Levantar e carregar um saco cheio de mercearias	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Subir um lance de escadas	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Mudar os lençóis da cama	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Fazer compras de supermercado	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade

**INSTRUÇÕES:**

Para cada uma das seguintes duas questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica o impacto global da sua fibromialgia, ao longo da última semana.

A fibromialgia impediu-me de cumprir os objetivos da semana	nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sempre
Estive completamente perturbada pelos meus sintomas de fibromialgia	nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sempre

**Anexo 2 – Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR), versão portuguesa. (cont. )**

**INSTRUÇÕES:**

Para cada uma das seguintes dez questões assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns de fibromialgia, ao longo da última semana.

**Por favor assinale o seu nível de dor**

sem dor             dor insuportável

**Por favor assinale o seu nível de energia**

muita energia             sem energia

**Por favor assinale o seu nível de rigidez**

sem rigidez             rigidez grave

**Por favor assinale a qualidade do seu sono**

acorda muito descansada             acorda muito cansada

**Por favor assinale o seu nível de depressão**

sem depressão             muito deprimida

**Por favor assinale o seu nível de problemas de memória**

boa memória             Memória muito fraca

**Por favor assinale o seu nível de ansiedade**

Sem ansiedade             muita ansiedade

**Por favor assinale o seu nível de dor quando lhe tocam ou apertam**

Sem dor             Muita dor

**Por favor assinale o seu nível de problemas de equilíbrio**

sem desequilíbrio             grave desequilíbrio

**Por favor assinale o seu nível de sensibilidade a ruídos fortes, luzes brilhantes, cheiros e frio**

sem sensibilidade             extrema sensibilidade

**Anexo 3 – Síntese das principais opções farmacológicas abordadas pelas *guidelines* EULAR e CRA na fibromialgia. Adaptado de (36)(44)(96).**

	<b><i>European League Against Rheumatism (EULAR)</i></b>	<b><i>Canadian Rheumatology Association (CRA)</i></b>
<b>Antidepressivos Tricíclicos (ATC):</b> Amitriptilina	Apenas a dose mais baixa pode ter benefício, no entanto tem fraco grau de recomendação	Todos as classes de antidepressivos, incluindo os ISRS e IRSN, podem ser utilizados na fibromialgia
<b>Anticonvulsivantes:</b> Pregabalina e Gabapentina	Podem ser utilizados, no entanto, a gabapentina recomendada apenas para pesquisa	O tratamento com estes medicamentos deve iniciar-se na dose mais baixa, seguida de titulação crescente
<b>IRSN:</b> Duloxetina e Milnaciprano	Podem ser utilizados, embora com fraca recomendação	Todas as classes de antidepressivos, incluindo os ISRS e IRSN, podem ser utilizados na fibromialgia
<b>ISRS</b>	Não recomendados	Todas as classes de antidepressivos, incluindo os ISRS e IRSN, podem ser utilizados na fibromialgia
<b>Opióides:</b> Tramadol	Recomendado apenas tramadol, embora com fraca recomendação	Tramadol pode ser considerado em doentes com dor moderada a intensa, e que não responderam a outras modalidades de tratamento
<b>Relaxantes Musculares:</b> Ciclobenzaprina	Pode ser utilizada, mas com fraco grau de recomendação	Não se pronunciou relativamente à evidência e grau de recomendação
<b>Canabinóides</b>	Não se pronunciou	Podem ser recomendados canabinóides farmacológicos, principalmente em situações de distúrbio do sono
<b>AINEs</b>	Não recomendados	Não desaconselham totalmente o seu uso, apenas descrevem que em caso de utilização, deve ser utilizada a mínima dose possível e durante um curto período de tempo

**Estudo de Caso: Fibromialgia e o seu impacto na vida da pessoa com a doença**

**A. Caracterização Sociodemográfica**

Notas:

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Género:  Feminino  Masculino      3. Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

4. Estado Civil:  Solteiro  Casado/União de Facto  Divorciado/Separado  
 Viúvo

5. Habita sozinho?  Sim  Não. Se não, com quem habita? \_\_\_\_\_

6. Nível de Escolaridade:  Sem Escolaridade  1º Ciclo  2º Ciclo  
 3º Ciclo  Ensino Secundário  Ensino Superior

7. Situação Profissional:  Ativo  Desempregado  Reformado  
 Baixa Médica. Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

8. Atualmente reside em:  Meio rural  Meio Urbano

**B. Acesso ao Sistema de Saúde**

9. Que tipo de acompanhamento clínico tem?

Apenas Médico de Família  Reumatologista  Equipa Multidisciplinar  
(ex.: médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo)

Psiquiatra  Neurologista  Outro: \_\_\_\_\_

9.1. Em média, quantas vezes por ano tem consulta médica? \_\_\_\_\_

Anexo 4 – Questionário (cont.)

**C. História Clínica**

10. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de fibromialgia? \_\_\_\_\_

10.1. Quem fez o diagnóstico?

Médico de Família       Reumatologista       Psiquiatra

Neurologista       Outro: \_\_\_\_\_

10.2. Na sua opinião, a patologia está controlada?     Sim     Não     Não sei

11. Possui outras doenças?     Sim     Não

11.1. Se sim, qual(ais)?     Artrite reumatoide     Lupus eritematoso sistémico

Síndrome do intestino irritável     Depressão     Ansiedade     Outra(s): \_\_\_\_\_

12. Antecedentes pessoais de doença:     Não tem     AVC     Enfarte Agudo Miocárdio

Cancro: \_\_\_\_\_     Outro(s): \_\_\_\_\_

13. Antecedentes familiares de doença (família direta):     Não tem     Diabetes

Fibromialgia     Depressão     Outra(s): \_\_\_\_\_

**D. História Farmacoterapêutica**

**Medicamento 1:** \_\_\_\_\_ . Adere à terapêutica?     Sim     Não

Para que toma? \_\_\_\_\_ . Sente-se melhor?     Sim     Não     Não sei

Prescritor:     Médico de Família     Reumatologista     Psiquiatra     Neurologista

Outro: \_\_\_\_\_ . Como toma? \_\_\_\_\_

Toma como o médico indicou?     Sim     Não. Algum efeito indesejável? \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Medicamento 2:** \_\_\_\_\_ . Adere à terapêutica?     Sim     Não

Para que toma? \_\_\_\_\_ . Sente-se melhor?     Sim     Não     Não sei

Prescritor:     Médico de Família     Reumatologista     Psiquiatra     Neurologista

Outro: \_\_\_\_\_ . Como toma? \_\_\_\_\_

Toma como o médico indicou?     Sim     Não. Algum efeito indesejável? \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Notas:

Anexo 4 – Questionário (cont.)

<p><b>Medicamento 3:</b> _____ . Adere à terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Para que toma? _____ . Sente-se melhor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Prescritor: <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Reumatologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Neurologista</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____ . Como toma? _____</p> <p>Toma como o médico indicou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Algum efeito indesejável? _____</p> <p>Obs: _____</p>	<p><b>Notas:</b></p>
<p><b>Medicamento 4:</b> _____ . Adere à terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Para que toma? _____ . Sente-se melhor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Prescritor: <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Reumatologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Neurologista</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____ . Como toma? _____</p> <p>Toma como o médico indicou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Algum efeito indesejável? _____</p> <p>Obs: _____</p>	
<p><b>Medicamento 5:</b> _____ . Adere à terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Para que toma? _____ . Sente-se melhor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Prescritor: <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Reumatologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Neurologista</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____ . Como toma? _____</p> <p>Toma como o médico indicou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Algum efeito indesejável? _____</p> <p>Obs: _____</p>	
<p><b>Medicamento 6:</b> _____ . Adere à terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Para que toma? _____ . Sente-se melhor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Prescritor: <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Reumatologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Neurologista</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____ . Como toma? _____</p> <p>Toma como o médico indicou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Algum efeito indesejável? _____</p> <p>Obs: _____</p>	

Anexo 4 – Questionário (cont.)

<p>15. Toma algum suplemento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>15.1. Se sim:</p> <p>Suplemento 1: _____ Posologia: _____</p> <p>Para que toma? _____ Sente-se melhor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Prescritor: <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Reumatologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra  <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p>Suplemento 2: _____ Posologia: _____</p> <p>Para que toma? _____ Sente-se melhor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>Prescritor: <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Reumatologista <input type="checkbox"/> Psiquiatra  <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p style="text-align: center;"><b>E. Estilos de Vida</b></p> <p>16. Com que frequência consome frutas e legumes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana  <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>17. Com que frequência consome sementes, cereais e alimentos fermentados (ex.: pão, laticínios, kefir...)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana  <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>18. Com que frequência consome alimentos ricos em gordura?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana  <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>19. Com que frequência consome alimentos açucarados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana  <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>20. Quantas vezes por semana pratica exercício físico (ex.: caminhada, natação...)?</p> <p><input type="checkbox"/> &lt; 1 vez <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> ≥ 5 vezes</p> <p style="text-align: center;"><b>F. Parâmetros Biométricos</b></p> <p>21. Peso Corporal: _____ Kg      22. Altura: _____ m      23. IMC:</p>	<p><b>Notas:</b></p>
--	----------------------

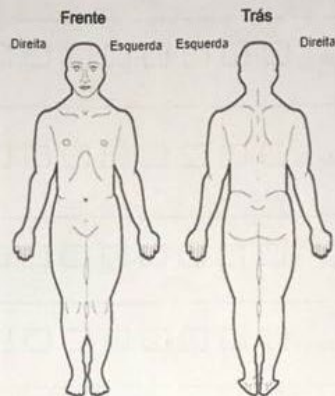
Notas:

G. Avaliação do controlo da patologia

24. Na última semana, sentiu dor?  Sim  Não

24.1 Caso tenha assinalado "Sim", no item anterior: De 0 a 10 qual foi o nível de dor, na última semana? 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

24.2 De acordo com as figuras descreva as áreas onde sentiu dor. Assinalar um X na(s) zona(s) que doeu mais.



25. Descreva-me a sua dor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações:

Observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A componente H e I que se segue é preenchida pelo utente.

Anexo 4 – Questionário (cont.)

A componente H e I que se segue é preenchida pelo utente.

**H.1 Questionário de Avaliação do Impacte da Fibromialgia Revisto (FIQR)**

Para cada uma das seguintes 9 questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica em que grau a fibromialgia dificultou cada uma das seguintes tarefas na última semana. Se não desempenhou alguma das atividades neste período, indique a dificuldade com que desempenhou pela última vez essa atividade. Se não pode desempenhar uma atividade, assinalar a última caixa à direita.

1.

Escovar ou pentear o seu cabelo	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Caminhar continuamente durante 20 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Preparar uma refeição	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Aspirar, esfregar ou varrer o chão	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Levantar e carregar um saco cheio de mercearias	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Subir um lanço de escadas	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Mudar os lençóis da cama	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade
Fazer compras de supermercado	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade

2.

Para cada uma das seguintes 2 questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica o impacto global da sua fibromialgia, ao longo da última semana.

A fibromialgia impediu-me de cumprir os objetivos da semana	Nunca	<input type="checkbox"/>	Sempre
Estive completamente perturbada pelos meus sintomas de fibromialgia	Nunca	<input type="checkbox"/>	Sempre

<sup>1</sup> Referência Bibliográfica: Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia [Internet]. 2017 [citado 5 de Maio de 2021]. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/documentos/DG5-AbordagemDiagnosticaFibromialgia-2017.pdf>

Anexo 4 – Questionário (cont.)

<b>3.</b>	
Para cada uma das seguintes 10 questões assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns de fibromialgia, <u>ao longo da última semana.</u>	
<u>Por favor, assinale o seu nível de dor</u>	
Sem dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Dor insuportável
<u>Por favor, assinale o seu nível de energia</u>	
Muita energia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sem energia
<u>Por favor, assinale o seu nível de rigidez</u>	
Sem rigidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Rigidez grave
<u>Por favor, assinale a qualidade do seu sono</u>	
Acordo muito descansada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Acordo muito cansada
<u>Por favor, assinale o seu nível de depressão</u>	
Sem depressão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Muito deprimida
<u>Por favor, assinale o seu nível de problemas de memória</u>	
Boa memória	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Memória muito fraca
<u>Por favor, assinale o seu nível de ansiedade</u>	
Sem ansiedade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Muita ansiedade
<u>Por favor, assinale o seu nível de dor quando lhe tocam ou apertam</u>	
Sem dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Muita dor
<u>Por favor, assinale o seu nível de problemas de equilíbrio</u>	
Sem desequilíbrio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Grave desequilíbrio
<u>Por favor, assinale o seu nível de sensibilidade a ruídos fortes, luzes brilhantes, cheiros e frio</u>	
Muita sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Extrema sensibilidade

Anexo 4 – Questionário (cont.)

I. Papel do farmacêutico

26. Considera que o farmacêutico poderia ter um papel de proximidade no acompanhamento da sua patologia (fibromialgia)?

Sim  Não

26.1. Se respondeu "Sim" ao item anterior, assinale as opções que mais lhe despertam interesse, relativamente ao papel do farmacêutico na fibromialgia:

- Colaboração com o seu médico em prol da sua saúde
- Divulgação de recursos de apoio sobre a fibromialgia
- Aconselhamento mais direcionado sobre a sua medicação
- Promoção de medidas que melhorem a sua qualidade de vida
- Revisão da medicação, no caso de ser polimedicado
- Consultas de Acompanhamento Farmacoterapêutico
- Outra(s): \_\_\_\_\_
- Nenhuma

Obrigada pela sua colaboração!



### Consentimento Informado

#### *Estudo de Caso: Fibromialgia e o seu impacto na vida da pessoa com a doença*

No âmbito de uma tese de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve, solicito a sua colaboração para responder a um breve questionário que se divide em duas partes. A primeira parte visa recolher os seus dados sociodemográficos, bem como a sua história clínica, farmacoterapêutica, estilos de vida e parâmetros biométricos, enquanto a segunda parte que será de autopreenchimento, irá permitir essencialmente uma avaliação do impacto da fibromialgia na sua rotina, durante os últimos sete dias, e a sua opinião acerca do papel do farmacêutico.

Este estudo tem como principal objetivo, proceder à recolha de dados que permitam o estudo de caso de pessoas com diagnóstico de fibromialgia, em utentes da Farmácia Avenida. Pretende também, avaliar qual o impacto da patologia nos últimos sete dias na rotina de pessoas com a doença, que integrem o estudo e perspetivar qual poderá ser o papel do farmacêutico junto dos mesmos.

Toda a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos e, eventual, divulgação científica. O anonimato será sempre assegurado, bem como a confidencialidade das suas respostas, garantindo que não será, em qualquer situação, identificado(a) nem identificável.

A sua participação no estudo é totalmente voluntária, pelo que pode recusar-se a participar no mesmo ou a interromper a sua participação, ou preenchimento de qualquer questão presente nos questionários, a qualquer momento. Tal decisão, em nada prejudicará o seu atendimento ou processo de cuidados nesta Farmácia. Pode, também, em qualquer altura solicitar a eliminação dos seus dados, bastando para tal contactar o responsável pelo estudo.

**Anexo 5 – Consentimento Informado (cont.)**

Se tiver alguma dúvida, não hesite em solicitar esclarecimento.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma clara todos os procedimentos necessários ao ato referido neste documento, e respondi a todas as questões que me foram colocadas, assegurando que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

Nome legível do aluno finalista do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Contacto institucional do estudante: [mariana-pires@outlook.pt](mailto:mariana-pires@outlook.pt)

**Ao utente, por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine o documento.**

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de colocar todas as questões sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Aceito participar no estudo e autorizo o registo dos meus dados, nas condições acima referidas.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura: ... ..

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o estudo e outra para ficar na posse de quem consente.