



Fibromialgia diagnóstico



Fibromialgia – diagnóstico

Autoria: Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Participantes: Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein Jr M, Rezende MC, Provenza JR, Ranzolin A, Assis MR, Feldman DP, Ribeiro LS, Souza EJR,

Elaboração final: 02 de abril de 2017

Sumário

Fibromialgia – diagnóstico	2
Método de coleta de evidências:	5
Dúvidas Clínicas:	5
Grau de recomendação e força de evidência:	6
Objetivo:	6
Conflito de interesse:	6
INTRODUÇÃO	7
RESULTADOS DAS EVIDENCIAS SELECIONADAS	8
OS CRITÉRIOS DO ACR DE 1990 SÃO INDISPENSÁVEIS PARA O DIAGNÓSTICO DA FIBROMIALGIA (FM)?	8
A DOR DIFUSA É ESSENCIAL PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?	9
RECOMENDAÇÃO:.....	10
OS PONTOS DOLOROSOS DEVEM SER CONSIDERADOS PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?	11
RECOMENDAÇÃO:.....	13
OS DISTÚRBIOS DE SONO, FADIGA E COGNITIVOS TAMBÉM SÃO IMPORTANTES PARA O DIAGNÓSTICO?	14
RECOMENDAÇÃO:.....	15
OS CRITÉRIOS DE 2010 PODEM SER CONSIDERADOS PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?	16
RECOMENDAÇÃO:.....	18
HÁ INDICAÇÃO DA TERMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA FM?	18
RECOMENDAÇÃO:.....	20

QUANDO DEVEMOS SOLICITAR A POLISSONOGRAMIA PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?	20
RECOMENDAÇÃO:.....	21
O DIAGNÓSTICO DA FM É DE EXCLUSÃO?.....	21
RECOMENDAÇÃO.....	23
DEVEMOS AVALIAR DISTÚRBIOS DE HUMOR NO PACIENTE COM FM? COMO?	23
RECOMENDAÇÃO:.....	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO I	32
Dúvidas Clínicas	32
Pergunta Estruturada Geral	32
Estratégia de Busca de Evidência e Recuperação.....	33
Trabalhos Recuperados	33
Critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos	34
Segundo os desenhos de estudo	37
Método de avaliação crítica	38
Recomendações	38

Método de coleta de evidências:

Esta diretriz seguiu padrão de uma revisão sistemática com recuperação de evidências baseada no movimento da Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-Based Medicine*), em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica, melhorando assim a qualidade da assistência médica.

Utilizamos a forma estruturada de formular a pergunta sintetizada pelo acrônimo P.I.C.O., onde o **P** corresponde ao paciente com **Fibromialgia**, **I** de intervenção critérios diagnósticos ou critérios **ACR**, **dor difusa**, *tender points*, **distúrbios do sono**, **fadiga**, **termografia**, **C** ausência de critérios diagnósticos ou critérios diagnósticos da intervenção e **O** de desfecho de **diagnóstico**.

A partir de 9 perguntas estruturadas identificamos os descritores que constituíram a base da busca das evidências nas bases de dados: Medline-Pubmed, Embase, Lilacs/SciELO, Cochrane Library e Premedline via OVID, para responder à dúvida clínica (**Anexo I**).

Dúvidas Clínicas:

1. Os critérios do ACR de 1990 são indispensáveis para o diagnóstico de Fibromialgia (FM)?
2. A dor difusa é essencial para o diagnóstico da fibromialgia?
3. Os pontos dolorosos (tender points) devem ser considerados para o diagnóstico da fibromialgia?
4. Os distúrbios do sono, fadiga e cognitivos também são importantes para o diagnóstico da FM?
5. Os critérios de 2010 podem ser considerados para o diagnóstico da fibromialgia?
6. Há indicação da termografia no diagnóstico da fibromialgia?
7. Quando devemos solicitar a polissonografia para o diagnóstico da fibromialgia?

8. O diagnóstico da fibromialgia é de exclusão?
9. Como devemos avaliar os distúrbios de humor nos pacientes com fibromialgia?

Grau de recomendação e força de evidência:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos / estudos não controlados.

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Objetivo:

Estabelecer diretrizes baseadas em evidências científicas para o diagnóstico da Fibromialgia

Conflito de interesse:

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos participantes.

INTRODUÇÃO

Considerada uma das condições clínicas reumatológicas mais frequentes, a fibromialgia (FM) apresenta dados epidemiológicos variáveis. Em estudos realizados nos EUA e na Europa a prevalência encontrada foi de até 5% na população geral¹⁻⁵, ultrapassando em mais de 10% dos casos dos atendimentos em clínicas reumatológicas⁶. No Brasil, está presente em até 2,5% da população geral, predominantemente no sexo feminino, principalmente entre os 35 a 44 anos de idade^{7,8}.

Certamente não se trata de uma nova síndrome, pois existem relatos compatíveis desde 1592⁹. Embora o termo "fibromialgia" tenha sido cunhado pela primeira vez somente em 1981¹⁰, seu reconhecimento como síndrome estabelecida ocorreu após publicação de um trabalho em 1981¹¹, quando descreveu e caracterizou o quadro clínico da FM. Entretanto, seu diagnóstico na prática diária e a escolha de pacientes para estudos clínicos representavam um desafio pela ausência de um marcador clínico laboratorial objetivo, conferindo subjetividade no julgamento clínico. Para superar este desafio, vários critérios diagnósticos foram elaborados a partir do ano de 1980, gerando ainda mais confusão e falta de unanimidade no seu diagnóstico. Em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) elaborou critérios de classificação que foram aceitos pela comunidade científica¹². Estes contribuíram muito para a homogeneização do seu diagnóstico e impulsionaram sobremaneira os estudos sobre FM.

Apesar da sua grande contribuição, estes critérios, ao longo dos anos de sua utilização, geraram muitas críticas, como por exemplo, a excessiva valorização do sintoma de dor difusa, em detrimento dos demais, como fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, entre outros sintomas. A contagem e pesquisa dos pontos dolorosos tornou-se outro motivo de discussão, haja vista que muitos médicos não apresentavam treinamento adequado para reconhecê-los corretamente.

Em resposta a estas críticas, em 2010, o ACR elaborou novos critérios preliminares, agora diagnósticos, que incluíram os demais sintomas e excluíram a palpação dos pontos dolorosos. Estes critérios sofreram modificações posteriores e encontram-se ainda em análise na comunidade médica reumatológica^{13,14}.

RESULTADOS DAS EVIDENCIAS SELECIONADAS

OS CRITÉRIOS DO ACR DE 1990 SÃO INDISPENSÁVEIS PARA O DIAGNÓSTICO DA FIBROMIALGIA (FM)?

A classificação de FM de acordo com os critérios do *American College of Rheumatology* de 1990 (ACR 1990) depende, primariamente, da presença de dor difusa (acima e abaixo da cintura, dimidio direito e esquerdo e axial) e do exame físico dos pontos dolorosos¹⁰(D).

Estes critérios foram elaborados exclusivamente para inclusão de pacientes em estudos científicos. Os critérios diagnósticos preliminares de FM do ACR de 2010 são baseados no número de regiões dolorosas do corpo e na presença e gravidade da fadiga, do sono não reparador e da dificuldade cognitiva, bem como da extensão de sintomas somáticos¹¹⁻¹³(D).

Ficou evidente com o passar do tempo que na prática clínica, especialmente na atenção primária, os pontos dolorosos não têm sido utilizados, ou realizados de forma errônea por médicos não treinados, acarretando falhas no diagnóstico final. Com isto, o diagnóstico passou a ser muitas vezes avaliado somente pelas queixas dos pacientes¹⁴(B).

Os critérios ACR 1990, quando positivos, em população com probabilidade pré-teste para FM de 49% (prevalência), fazem diagnóstico de certeza em 92% dos casos (probabilidade pós-teste)¹¹(D),¹⁵(B).

O diagnóstico falso negativo de FM, utilizando os critérios ACR 1990, pode ocorrer com 25% de probabilidade, quando comparado ao diagnóstico clínico. A utilização do Índice de Dor Generalizada – *Widespread Pain Index* (WPI >7), associada à Escala de Gravidade de Sintomas – *Symptom Severity* (SS >5), ambas baseadas nos sintomas do paciente (dor, fadiga, sono, cognição e sintomas somáticos), permite acurácia diagnóstica de 90,8% (sensibilidade de 90,9% e especificidade de 85,9%) quando comparada aos critérios ACR 1990¹²(D).

Em probabilidade pré-teste de 49%, a associação da positividade dos critérios ACR 1990 e ACR 2010 permite fazer diagnóstico de certeza em 99% dos casos¹¹(D),¹⁵(B).

RECOMENDAÇÃO:

O diagnóstico de FM pode ser realizado sem a avaliação dos critérios ACR 1990. Entretanto, sua associação aos critérios de 2010 aumenta a acurácia diagnóstica.

A DOR DIFUSA É ESSENCIAL PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?

Estima-se que a definição de FM baseada na presença de 11 de 18 pontos dolorosos (ACR 1990) identifica apenas 20% das pacientes com dor difusa¹⁶(D).

Os critérios ACR 1990 é 100% composto pelos sinais e sintomas de dor difusa, enquanto o ACR 2010 tem 56% de seus critérios ligados à dor musculoesquelética¹⁷(D).

O Índice de Dor Generalizada (0 a 19) com ponto de corte >8 permite o diagnóstico de FM com sensibilidade, especificidade e acurácia de 83,2%, 87,6% e 85,4%, respectivamente. Partindo de prevalência (probabilidade pré-teste) de FM de 49%, a presença do Índice de Dor Generalizada >8 eleva a probabilidade diagnóstica para 86%¹⁵(B).

Os sintomas e o impacto relacionados à dor difusa, medidos pelos instrumentos *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), *SF-36 Health Survey Short Form* (SF-36) e *Pain Processing Inventory* (PPI), em pacientes com média de 15 pontos dolorosos, são significativamente mais frequentes do que em pacientes com a média de 6 pontos dolorosos¹⁸(B).

O Índice de Dor Generalizada é significativamente superior nos pacientes com FM, quando comparado com outras situações clínicas como Lupus Eritematoso Sistêmico, Osteoartrite e Artrite Reumatoide. O Índice de Dor Generalizada nos pacientes com diagnóstico de FM e critério ACR 2010 positivo é significativamente superior na média, quando comparado aos pacientes com critério negativo. Entre os pacientes com critério ACR 2010 positivo para FM, 93,7% atendem ao critério de dor difusa (conforme ACR 1990). Dos pacientes ACR 2010 negativos para FM, 32,8% são positivos para o critério de dor difusa¹⁹(B).

Em 2016 foi proposta revisão dos critérios de 2010/2011 para corrigir erros de classificação observados em pacientes com dor regional, adicionando-se um critério complementar de dor difusa²⁰(B).

RECOMENDAÇÃO:

A presença da dor difusa é fundamental para o diagnóstico de pacientes com suspeita de FM.

OS PONTOS DOLOROSOS DEVEM SER CONSIDERADOS PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?

Ficou evidente, com o passar do tempo, que na prática clínica na atenção primária os pontos dolorosos não têm sido utilizados ou, no mínimo, tem sido empregados de forma inadequada por médicos não treinados, prejudicando o diagnóstico final. Desta forma frequentemente o diagnóstico passa a ser avaliado somente pelas queixas dos pacientes¹⁴(B).

A presença de pontos dolorosos em número maior do que 11 é de 22,4%, 24,7% e 89,9% em pacientes com Artrite Reumatoide, Osteoartrite e FM, respectivamente, havendo uma associação linear entre o número de pontos dolorosos e o *Rheumatology Distress Index (RDI)*²¹(B).

Independentemente do método diagnóstico utilizado para definir FM (clínico ou através de questionário combinando avaliação da dor regional e fadiga), um número substancial de diagnósticos positivos ocorre em contagens de pontos dolorosos entre 6 e 18, sendo o diagnóstico fortemente negativo em valores menores do que 2 a 3¹⁵(B).

Os pacientes com FM são identificados através dos pontos dolorosos (acima de 11) com sensibilidade de 84% e especificidade de 87%, o que confere certeza diagnóstica de 84% quando positivos²²(B).

Independentemente do diagnóstico de FM, 70% dos pacientes idosos com mais de 70 anos, com dor difusa, tem positividade de ao menos 1 ponto doloroso; 41,5% mais de 3 pontos dolorosos e menos de 10% com mais de 10 pontos dolorosos. Além disso, 10% das pacientes sem dor difusa tiveram >3 pontos dolorosos positivos. A contagem de pontos dolorosos acima de 3 já está associada à redução no desempenho físico dos pacientes, medido pelo *Short Physical Performance Battery (SPPB)*²³(B).

Há razões para a utilização de critérios que não sejam baseados exclusivamente na contagem de pontos dolorosos. Ainda que exista protocolo padronizado para a medida de pontos dolorosos, este não é utilizado na prática clínica e na maioria das pesquisas o seu exame fica suscetível à variação da pressão exercida pelo examinador. A necessidade de envolvimento multidisciplinar na FM transforma-se em outra barreira relacionada à habilidade na mensuração dos pontos dolorosos. Então, a relevância e a especificidade dos pontos dolorosos no diagnóstico da FM têm limitações²⁴(B).

A mensuração manual dos pontos dolorosos está correlacionada a variáveis de estresse ou depressão, medidas pelas escalas *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *Global Severity Index (GSI)* e *Beck Depression Inventory (BDI)*, definindo relação linear entre o número de pontos dolorosos positivos e a intensidade de estresse e/ou depressão²⁵(B).

A média de pontos dolorosos em pacientes com diagnóstico de FM pode ser de 3 a 4 vezes maior do que em pacientes saudáveis. Utilizando-se dolorímetro, com o ponto de corte de 4,0kg/cm² para o limiar de dor, cada ponto doloroso fornecerá sensibilidade e especificidade boa significativa para o diagnóstico de FM. O uso combinado de cada ponto doloroso positivo pode aumentar a probabilidade pós-teste do diagnóstico de FM ²⁶(B).

Um estudo demonstrou que a maior parte dos pontos dolorosos examinados na FM poderiam ser pontos-gatilho, observados através de atividade elétrica intramuscular espontânea. Desta forma existiria uma correlação significativa entre a intensidade da dor espontânea difusa e o número total de pontos-gatilho ativos e pontos dolorosos pré-determinados na FM ²⁷(B).

Em pacientes com FM e média de 15 pontos dolorosos positivos há correlação entre a contagem de pontos dolorosos e o resultado da escala visual analógica de dor, do *Beck Depression Inventory* na avaliação da depressão e do *Fibromyalgia Impact Questionnaire*, na avaliação da gravidade da doença ²⁸(B).

As pacientes com dor difusa e menos de 11 pontos dolorosos apresentam menor gravidade da dor, menos distúrbios do sono e de sintomas somáticos, além de menor risco de ansiedade e depressão (escore Duke-AD0)²⁹(B).

Em seis meses de seguimento, 32% dos pacientes considerados como tendo FM atípica (número de pontos dolorosos entre 6 e 10) passaram a apresentar número de pontos dolorosos >11. No mesmo período, 36% dos pacientes considerados com FM típica (número de pontos dolorosos >11) passaram ao diagnóstico de FM atípica. Sintomas relacionados à qualidade do sono, ansiedade, depressão e escore FIQ total podem estar, inicialmente, aumentados em pacientes com número de pontos dolorosos >11, quando comparados com pacientes com 6 a 10. Após seguimento de 6 meses, essa diferença pode desaparecer. Há melhora destes sintomas em ambos os tipos de pacientes em 6 meses de seguimento, mas esta evolução terapêutica é superior nos pacientes com número de pontos dolorosos >11 ³⁰(B).

Os sintomas relacionados à dor, mensurados pelos escores do SF-36 (*Bodily pain, Pain intensity, Fatigue e Morning tiredness*) são significativamente piores nos pacientes com número de pontos dolorosos ≥11, quando comparados a pacientes com número < 11. As habilidades motoras estão significativamente reduzidas (escore *Assessment of Motor and Process Skills* <1,5) nos pacientes com dor difusa e número de pontos dolorosos <11³¹(B).

RECOMENDAÇÃO:

Apesar de não serem contemplados nos critérios de 2010, os pontos dolorosos podem ser úteis no diagnóstico da fibromialgia, em conjunto com outros elementos diagnósticos. Sua contagem pode se correlacionar com a intensidade de alguns sintomas.

OS DISTÚRBIOS DE SONO, FADIGA E COGNITIVOS TAMBÉM SÃO IMPORTANTES PARA O DIAGNÓSTICO?

Quando comparados com a Artrite Reumatoide, pacientes com FM têm risco aumentado de sintomas somáticos (67%), depressão (55%), síndrome do pânico (35%) e agorafobia (30%). Além disso, apresentam piores índices de dor, de qualidade do sono e de qualidade de vida³²(B).

Em pacientes com FM, a intensidade da dor e a piora da qualidade do sono estão associadas a escores elevados de fadiga. A dor diária é o preditor mais importante de fadiga diária do que a depressão ou a qualidade do sono. Existe um padrão cíclico e disfuncional de dor intensificada e de sono não reparador subjacente à experiência de fadiga na FM³³(B).

Em pacientes com diagnóstico de FM, em seguimento de um ano, a qualidade do sono é permanentemente baixa quando medida pelo escore *Pittsburgh Sleep Quality Index*. A qualidade do sono e a intensidade da dor no início do diagnóstico podem prever a intensidade da dor após um ano ³⁴(B).

Avaliação de pacientes de FM por meio de alguns instrumentos de medida como: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Brief Pain Inventory*, *Fatigue Assessment Scale*, *Health Assessment Questionnaire*, *General Health Questionnaire*, *Chronic Pain Coping Inventory*, *Arthritis Self-efficacy Scale* and the *Sleep Quality Scale*, podem identificar 4 fatores associados à doença em atividade (com presença de impacto clínico na vida diária)³⁵(B):

1. Relacionado aos aspectos emocionais (33,7% de variação) relativos à ansiedade, depressão e elementos sociais.
2. Relacionado à atividade física (15% da variação), como dor, fadiga, qualidade do sono e capacidade funcional.

3. Relacionado à capacidade de tomada de decisão ou de lidar com situações (9% da variação), envolvendo uma posição ativa do paciente e expectativas sobre a doença.
4. Relacionado com o lidar passivo (6,3% da variação), que inclui a inatividade ou a solicitação de ajuda externa.

Os sintomas somáticos, a sensação do acordar sem descanso e outros problemas com o sono, a queda da cognição, a fadiga e os distúrbios de humor são variáveis fortemente correlacionadas com a contagem de pontos dolorosos e o índice de dor generalizada em pacientes com FM ¹²(D).

Os pacientes com FM e distúrbios do sono têm contagem de pontos dolorosos significativamente maiores, quando comparados com pacientes sem prejuízo no sono. Esses pacientes têm ainda associação maior com outros sintomas como a fadiga e a redução na função e energia ³⁶(B).

RECOMENDAÇÃO:

Os distúrbios do sono, alterações de cognição e a fadiga devem ser considerados para o diagnóstico da FM. Sugerimos considerá-los também na avaliação da gravidade dos pacientes com FM.

OS CRITÉRIOS DE 2010 PODEM SER CONSIDERADOS PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?

Os critérios ACR 2010 eliminam a contagem de pontos dolorosos, essenciais para o diagnóstico pelos critérios ACR 1990, trazendo para a avaliação clínica sintomas frequentemente relatados pelos pacientes, além de possibilitar a inclusão de pacientes sem dor difusa, excluídos pelos critérios ACR 1990³⁷(B).

Avaliando-se pacientes com suspeita diagnóstica de FM por três métodos distintos:

1) *Medical Scientific Societies in Germany – AWMF* (dor crônica difusa definida como dor axial e dor nas 4 extremidades, e/ou informação de distúrbios do sono e fadiga, e/ou sensação de inchaço ou rigidez nas mãos ou pés ou face nos últimos 3 meses, com um escore de Z1/10 em uma escala numérica coletada através de questionário);

2) *Survey* (Regional Pain Score – RPS Z8/19 e Fatigue Escore Z6/10 em uma escala visual analógica, na última semana); e

3) *American College of Rheumatology (ACR 1990)* – (dor crônica difusa definida pelo ACR e rigidez na pressão de ao menos 11/18 pontos dolorosos),

Pode-se concluir que 71% dos pacientes são diagnosticados como FM pelos três métodos; AWMF e ACR 1990 são concordantes em 86,6%, e *Survey* e ACR 1990 são concordantes em 79,5% dos casos; que pacientes positivos nos três métodos têm altos níveis de depressão e sintomas somáticos, quando comparados com pacientes positivos nos critérios AWMF e ACR 1990; casos positivos somente por um destes critérios são identificados, na porcentagem de 1,4%, 3,1%, e 2,0%, respectivamente, nos critérios AWMF, *Survey* e ACR 1990³⁸(B).

Em uma população de pacientes com prevalência de 68% de FM, a utilização do instrumento ACR 2010 (com escore de dor difusa entre 0 e 19), e ponto de corte no escore de 10 para diferenciar positivo (>10), de negativo (<10), permite o diagnóstico de FM com sensibilidade de 94% e especificidade de 91%, levando a uma probabilidade pós-teste diagnóstica de 96% para resultado positivo e de 87% para resultado negativo³⁹(B).

O critério diagnóstico ACR 2010, combinando dor crônica (WPI >7) e escala de gravidade (SS > 5) ou dor crônica (WPI 3–6) e escala de gravidade (SS > 9), tem acurácia de 88,1% no diagnóstico de FM¹²(D).

A modificação do critério ACR 2010, eliminando a estimativa dos sintomas somáticos, substituindo a soma de 3 sintomas específicos relatados pelo paciente, utilizando uma escala de sintomas de FM de 0 a 3, e adicionando o índice de dor generalizada (WPI) à escala modificada de gravidade (escala SS), aplicada a pacientes com e sem FM, utilizando o ponto de corte para o escore ≥ 13 para diagnóstico positivo e negativo, permite fazer diagnóstico 93,0% correto, com sensibilidade de 96,6% e especificidade de 91,8%¹⁹(B).

Os critérios ACR 2010 são mais úteis para o diagnóstico, pois utilizam questionários aplicados pelos médicos e auto aplicados pelos pacientes, aumentando o percentual de acertos. Por outro lado, os critérios ACR 2010 modificados em 2011 apresentam melhor indicação para pesquisa pela facilidade de sua aplicação (autoaplicável) e, portanto, atingir maior número de pacientes³⁷(B).

A facilidade de uso dos critérios ACR 2010 indica sua aplicação principalmente na atenção primária, uma vez que o diagnóstico contempla as principais queixas dos pacientes, assim como avalia a severidade do quadro clínico e acompanhamento dos pacientes¹⁴(B).

RECOMENDAÇÃO:

Recomendamos o emprego dos critérios do ACR 2010 para o diagnóstico de fibromialgia. As modificações publicadas em 2011 estão melhor indicadas para pesquisas epidemiológicas.

HÁ INDICAÇÃO DA TERMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA FM?

O diagnóstico da síndrome da FM é baseado em características clínicas. A termográfica não é contemplada nos critérios diagnósticos de 1990, 2010 ou 2011 e, tampouco, na revisão de 2016^{11,12}(D)²⁰(B).

Há poucos estudos controlados sobre o emprego da termografia na síndrome da FM, tanto para o diagnóstico como para avaliar a eficácia de algum tratamento.

O número de “pontos quentes” encontrados neste método de imagem é considerado por alguns como importante no diagnóstico de diversas enfermidades, entre elas a síndrome da FM. Em um estudo o número encontrado foi maior em pacientes com FM em comparação com indivíduos saudáveis. Por conseguinte, concluiu-se que mais de sete “pontos quentes” poderia ser preditivo de sensibilidade em 11 ou mais dos 18 sítios anatômicos dolorosos específicos, denominados pontos dolorosos⁴⁰(B).

Com base na contagem de “pontos quentes”, 74,2% de 252 indivíduos (161 FM, 71 com dor generalizada e menos que 11 pontos dolorosos, e 20 controles saudáveis) foram corretamente diagnosticados em outro estudo investigativo. Embora a repetitividade da contagem de “pontos quentes” intra-avaliador tenha sido aceitável, sua reprodutibilidade inter-observadores foi fraca⁴¹(B).

Em um estudo austríaco, as investigações termográficas na FM revelaram uma acurácia diagnóstica de apenas 60% dos chamados “pontos quentes” para os pontos dolorosos⁴⁷(B).

Por outro lado, um estudo realizado na Itália não encontrou diferentes padrões de distribuição de calor em 156 pacientes com FM comparados a pacientes com osteoartrite da coluna vertebral. Os autores concluíram que a termografia não poderia representar uma ferramenta de diagnóstico para a síndrome da FM⁴³(B).

Um estudo que teve como proposta avaliar a resposta neurogênica a estímulos pressóricos aplicados na região dorsal de 16 pacientes com FM e em 16 controles saudáveis sugeriu uma temperatura da pele mais baixa em repouso, medida termograficamente, nos portadores de FM. Os autores propuseram que tal achado seria consequente a uma atividade simpática adrenérgica aumentada em repouso. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos após os estímulos⁴⁴(B).

Com o objetivo de investigar uma eventual diferença entre o sistema nervoso autônomo de pacientes com FM e controles saudáveis, um estudo utilizou estímulo com água fria e posterior avaliação termográfica. Não foram encontradas diferenças entre os grupos⁴⁵(B).

Uma publicação envolvendo 23 mulheres com FM e 15 controles saudáveis observou que as pacientes com FM apresentaram menor tolerância à água fria do que as participantes do grupo controle. Por outro lado, os padrões de recuperação da temperatura foram semelhantes em ambos os grupos⁴⁶(B).

Em suma, os estudos não demonstram um padrão de alteração termográfica na síndrome da FM. Não há informação consistente avaliando o uso da termografia em pacientes com FM. Os poucos estudos existentes não sustentam o emprego da termografia com método diagnóstico para a síndrome da FM.

RECOMENDAÇÃO:

Não existem evidências científicas para recomendar o emprego da termografia para o diagnóstico da FM.

QUANDO DEVEMOS SOLICITAR A POLISSONOGRAMIA PARA O DIAGNÓSTICO DA FM?

Os distúrbios do sono encontram-se presente dentre principais manifestações da FM. O papel dessas alterações na sua fisiopatologia, no entanto, ainda é motivo de controvérsia.

Autores demonstraram que os problemas com o sono em mulheres jovens, estão associados com o risco de desenvolvimento da FM. O risco aumenta proporcionalmente a intensidade dos problemas com o sono e com o incremento da faixa etária das pacientes⁴⁷(B).

Os distúrbios do sono se apresentam na FM com sintomatologia variável, independentemente do instrumento de avaliação. As queixas mais frequentes são sono de má qualidade, sono insuficiente, um grande número de despertares, sono leve e fragmentado. As evidências atuais, no entanto, não permitem confirmar a importância do sono na patogênese e manutenção dos sintomas da FM⁴⁸(B).

Tanto pacientes com FM quanto pacientes com insônia primária mostraram tempo total de sono diminuído e aumento da latência para o sono persistente e do tempo de despertares após o início do sono, quando comparados com pessoas normais, pelo emprego da polissonografia. Os pacientes com FM têm maior número de ondas curtas de sono e menor latência para o sono persistente, bem como maior frequência de despertares noturnos que pacientes com insônia primária. Os autores concluíram que essas alterações sugerem que portadores de FM têm maior incapacidade para manter o sono contínuo que os casos de insônia primária⁴⁹(B).

Na organização do sono, o padrão cíclico alternante (CAP) é um marcador neurofisiológico da instabilidade do sono. Este padrão observado em estudos eletrofisiológicos do sono surge tanto em condições normais como patológicas, expressando uma condição de instabilidade do nível de vigília, resultando em fadiga cerebral na preservação e regulação do sono. O índice CAP (tempo total CAP/tempo de sono não REM) está aumentado na FM, havendo correlação com a gravidade dos sintomas clínicos (ponto doloroso) e com a redução da eficiência do sono. Além da redução da eficiência do sono, os pacientes com FM apresentam aumento da proporção de sono não REM e duas vezes mais despertares por hora de sono⁵⁰(B).

RECOMENDAÇÃO:

Não recomendamos a utilização da polissonografia para o diagnóstico da FM. Ela deve ser empregada quando houver necessidade de identificação de distúrbios de sono específicos associados, principalmente na confirmação de sinais e sintomas de apneia do sono.

O DIAGNÓSTICO DA FM É DE EXCLUSÃO?

A subjetividade dos sintomas da FM expande sobremaneira as possibilidades dos diagnósticos diferenciais a serem consideradas pelo médico. A dor crônica difusa, a preponderância em mulheres e a falta de dados objetivos de imagem e de exames laboratoriais são algumas das características que podem gerar confusão diagnóstica, uma vez que estes sintomas estão presentes em um grande número de outras doenças⁵⁶(B)⁵⁷(D).

Em pacientes com suspeita diagnóstica de FM, autores mostraram que o reumatologista confirma o diagnóstico clínico em 71% dos casos. O diagnóstico diferencial principal nesse estudo foi artralgia inespecífica e artrite reumatoide. Quando avaliados por médico de família a concordância foi de 87% com o diagnóstico do reumatologista⁵¹(B).

Os Critérios Diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia de 1990 mostraram alta sensibilidade e especificidade, quando presentes a dor crônica generalizada e a contagem de pontos dolorosos à palpação. Segundo os autores desse artigo a FM deve ser reconhecida como uma síndrome clínica com características próprias sem a necessidade de excluir outras condições que possam fazer parte do seu diagnóstico diferencial. A FM não deveria ser classificada em primária ou secundária e sim em isolada ou associada¹¹(D).

No artigo de apresentação dos critérios preliminares para diagnóstico de FM de 2010, a composição dos critérios utiliza 2 índices: índice de dor generalizada (0-19) e índice de severidade dos sintomas (0 - 12). Nesse artigo, os autores recomendam que se excluam outras doenças que possam ser confundidas com a FM¹²(D).

Da mesma forma, foi relacionada situações clínicas que devem fazer parte do diagnóstico diferencial da FM e que podem ser excluídas através de testes laboratoriais ou de imagem. Citando a artrite reumatoide, o lupus eritematoso sistêmico, a polimialgia reumática, as miopatias, a espondilite anquilosante, o hipotireoidismo e as neuropatias periféricas⁵³(D).

A presença de sintomas comuns associado a natureza funcional de várias síndromes fez com que estudiosos as agrupasse nas chamadas síndromes de sensibilidade central. Além da FM, podemos citar, entre elas, a síndrome de fadiga crônica, a síndrome do intestino irritável, a enxaqueca e as disfunções da articulação temporo-mandibular⁵⁴(B).

Recente revisão dos critérios de 2010/2011 propuseram a validade do diagnóstico de FM independentemente de outros diagnósticos²⁰(B).

RECOMENDAÇÃO:

A FM não deve ser considerada como diagnóstico de exclusão, mas sugerimos sempre considerar os diagnósticos diferenciais com outras síndromes ou doenças com sintomas semelhantes, como recomendado pelos critérios do ACR 2010.

DEVEMOS AVALIAR DISTÚRBIOS DE HUMOR NO PACIENTE COM FM? COMO?

O papel dos distúrbios psiquiátricos na FM ainda é motivo de controvérsia na literatura. Embora vários estudos mostrem que há frequência elevada de diagnósticos psiquiátricos, em especial, depressão e ansiedade, outros autores contestam essa afirmação^{32,55}(B).

Variáveis psicológicas como a depressão e ansiedade estão associadas à percepção de maior gravidade de doença e pior incapacidade funcional⁵⁶(B).

A gravidade dos sintomas psiquiátricos pode ser um fator prognóstico potencial para a FM a ser considerado em intervenções terapêuticas⁵⁷(B).

A possibilidade de se estabelecer subgrupos de pacientes baseados na presença de alterações psicológicas vem sendo discutida na literatura. Estudo demonstra que pode-se classificar os pacientes com FM baseando-se em domínios psicossociais (depressão/ansiedade), em domínios cognitivos (catastrofização/controle da dor) e em domínios neurobiológicos (dor), através da utilização de instrumentos como: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* [para depressão] e *State-Trait Personality Inventory*

(para sintomas relacionados à ansiedade); *Visual analog scale (VAS)* e *dolorimetria e dor à pressão (aplicada a limiares superiores aos padrões, para dor)*; e *Coping Strategies Questionnaire (CSQ)* [desatenção, sensação de dor, enfrentamento, oração ou esperança, e catastrofização]⁵⁸(B). O primeiro subgrupo de pacientes é caracterizado por índices moderados de humor alterado, moderados níveis de catastrofização e de controle sobre a dor, e baixos níveis de dor. Um segundo subgrupo apresenta elevados valores nas avaliações de distúrbios de humor, os mais altos valores na subescala de catastrofização, e os menores valores de controle sobre a dor com altos níveis de dor. O terceiro subgrupo tem índices normais de humor, níveis muito baixos de catastrofização, e o mais elevado nível de controle da dor, apesar de elevados níveis de dor⁵⁸(B).

A literatura aponta que a avaliação de comorbidades psiquiátricas ou de variáveis psicológicas em pacientes com FM pode ser feita com vários instrumentos específicos ou componentes de instrumentos genéricos, entre eles são citados os seguintes: *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*, de componentes axiais; *Beck Depression Inventory (BDI)*, o *Beck Anxiety Inventory (BAI)*;; *Rand 36-item Health Survey (SF-36)*, *NEO Personality Inventory-Revised (NEO PI-R)*;; *Barsky Amplification Scale*, *Whitely Index of Hypochondriasis*^{59,60}(B).

Em pacientes com dor crônica a depressão e ansiedade tem sido medida por diversos instrumentos validados, como o *Centers for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*, o *Profile for Mood States (POMS)* e o *Beck Depression Inventory (BDI)*, entretanto, sua aplicação em ambulatorios de atenção primária torna-se impraticável pelo consumo de tempo para preenchê-los. Outros instrumentos como o *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)* são mais apropriados para médico de atenção primária à saúde na identificação e na mensuração da depressão^{61,62}(B).

RECOMENDAÇÃO:

Os transtornos de humor têm grande importância na avaliação da gravidade dos pacientes com FM. Sugerimos sua mensuração sistemática por meio de instrumentos validados, sempre considerando o nível de atenção à saúde na qual esses instrumentos serão aplicados.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russel IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthr Rheum* 1995;38:19-28.
2. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999;26:1570-6.
3. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Co-existence of chronic fatigue syndrome with fibromyalgia syndrome in the general population: A controlled study. *Scand J Rheumatol* 2000;29:44-51.
4. Haq SA, Darmawan J, Islam MN, Uddin MZ, Das BB, Rahman F, et al. Prevalence of rheumatic diseases and associated outcomes in rural and urban communities in Bangladesh: a COPCORD study. *J Rheumatol* 2005;32(2):348-53.
5. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère JP, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: A prevalence study. *Joint Bone Spine* 2009;76(2):184-7.
6. Gamero Ruiz F, Gabriel Sánchez R, Carbonell Abello J, Tornero Molina J, Sanchez-Magro I. Pain in Spanish rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Rev Clin Esp* 2005;205(4):157-63.
7. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol* 2005;31(3):594-7.
8. Pereira AM, Valim V, Zandonade E, Ciconelli R. Prevalence of musculoskeletal manifestation in the adult Brazilian population: a study using COPCORD questionnaires. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(1):42-6.
9. Ruhman W: The earliest book on rheumatism. *Br J Rheumatol* 1940; 2:140-162.
10. Hench PK: Nonarticular rheumatism, 22nd rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthr Rheum* 1976; 19(suppl):1081-1089.
11. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthr Rheum* 1990;33(2):160-72.

12. 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. *Arthr Care Res (Hoboken)* 2010;62:600-10.
13. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Ann Med* 2011;43:495-502.
14. Moyano S., Kilstein J., Miguel C. New diagnostic criteria for Fibromyalgia: Here to stay? *Reumatol Clin* 2015;11(4):210-214.
15. Katz RS, Wolfe F, Michaud K. Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and American College of Rheumatology criteria. *Arthr Rheum* 2006;54:169-76.
16. Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:685-701.
17. Wolfe F, Walitt B, Hauser W. What is fibromyalgia, how is it diagnosed and what does it really mean? *Arthr Care Research* 2014; 66(7): 969-971.
18. Cöster L, Kendall S, Gerdle B, Henriksson C, Henriksson KG, Bengtsson A. Chronic widespread musculoskeletal pain - a comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *Eur J Pain* 2008;12:600-10.
19. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011;38:1113-22.
20. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthr Rheum* 2016;46(3):319-329.
21. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis* 1997;56:268-71.
22. Harden RN, Revivo G, Song S, Nampiaparampil D, Golden G, Kirincic M, et al. A critical analysis of the tender points in fibromyalgia. *Pain Med* 2007;8:147-56.
23. Eggermont LH, Shmerling RH, Leveille SG. Tender point count, pain, and mobility in the older population: the mobilize Boston study. *J Pain* 2010;11:62-70.

24. Häuser W, Hayo S, Biewer W, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petzke F, et al. Diagnosis of fibromyalgia syndrome-a comparison of Association of the Medical Scientific Societies in Germany, survey, and American College of Rheumatology criteria. *Clin J Pain* 2010;26:505-11.
25. Petzke F, Gracely RH, Park KM, Ambrose K, Clauw DJ. What do tender points measure? Influence of distress on 4 measures of tenderness. *J Rheumatol* 2003;30:567-74.
26. Tastekin N, Uzunca K, Sut N, Birtane M, Mercimek OB. Discriminative value of tender points in fibromyalgia syndrome. *Pain Med* 2010;11:466-71.
27. Ge HY, Wang Y, Danneskiold-Samsøe B, Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. The predetermined sites of examination for tender points in fibromyalgia syndrome are frequently associated with myofascial trigger points. *J Pain* 2010;11:644-51.
28. Salli A, Yilmaz H, Ugurlu H. The relationship between tender point count and disease severity in patients with primary fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2012;32:105-7.
29. Pamuk ON, Yeşil Y, Cakir N. Factors that affect the number of tender points in fibromyalgia and chronic widespread pain patients who did not meet the ACR 1990 criteria for fibromyalgia: are tender points a reflection of neuropathic pain? *Semin Arthr Rheum* 2006;36:130-4.
30. Bidari A, Ghavidel-Parsa B, Ghalehbaghi B. Reliability of ACR criteria over time to differentiate classic fibromyalgia from nonspecific widespread pain syndrome: a 6-month prospective cohort study. *Mod Rheumatol* 2009;19:663-9.
31. Amris K, Wæhrens EE, Jespersen A, Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B. Observation-based assessment of functional ability in patients with chronic widespread pain: a cross-sectional study. *Pain* 2011;152:2470-6.
32. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosom Med* 1997;59:565-71.
33. Nicassio PM, Moxham EG, Schuman CE, Gevirtz RN. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain* 2002;100:271-9.
34. Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthr Rheum* 2008;59:961-7.

35. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J; Group ICAF. Development of a self-reporting tool to obtain a combined index of severity of fibromyalgia (ICAF). *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:2.
36. Stuifbergen AK, Phillips L, Carter P, Morrison J, Todd A. Subjective and objective sleep difficulties in women with fibromyalgia syndrome. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22:548-56.
37. Wolfe F, Fitzcharles M, Goldenberg D, Hauser W, Katz R, Mease PJ, et al. A comparison of physician based and patient based criteria for diagnosis of fibromyalgia. *Arthr Care Res (Hoboken)* 2016;68(5):652-9.
38. Häuser W, Hayo S, Biewer W, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petzke F, et al. Diagnosis of fibromyalgia syndrome-a comparison of Association of the Medical Scientific Societies in Germany, survey, and American College of Rheumatology criteria. *Clin J Pain* 2010;26:505-11.
39. Usui C, Hatta K, Aratani S, Yagishita N, Nishioka K, Kanazawa T, et al. The Japanese version of the 2010 American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and the Fibromyalgia Symptom Scale: reliability and validity. *Mod Rheumatol* 2012;22:40-4.
40. Ammer K. Thermal imaging: a diagnostic aid for fibromyalgia? *Thermol Int* 2008; 18 45-50.
41. Ammer K, Engelbert B. Reproducibility of the hot spot count in patients with fibromyalgia: an intra and inter-observer comparison. *Thermol Int* 2009; 19: 47-51.
42. Ammer K, Schartermüller T, Melnizky P. Thermography in fibromyalgia. *Biomed Thermol* 1995;15: 77-80.
43. Biasi G, Fioravanti A, Franci A, Marcolongo R. The role computerized telethermography in the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Minerva Med* 1994; 85(9): 451-4.
44. Hau PP, Roger A, Scudds RA, Harth M. An evaluation of mechanically induced neurogenic flare by infrared thermography in fibromyalgia. *J Musculoskel Pain* 1996; 4 (3): 3-20.
45. De Schamphelaere E. Thermographic evaluation and analysis of a cold-water test: a comparative study between patients with the fibromyalgia syndrome and healthy controls. Dissertation presented in the 2nd Master year in the programme of Master of Medicine in Medicine. Universiteit Gent. Academic Year 2012-2013.

46. Brusselmans G, Carvalho HN, De Schamphelaere E, Devulder J, Crombez G. Skin temperature during cold pressor test in fibromyalgia : an evaluation of the autonomic nervous system? *Acta Anaesth Belg* 2015; 66 (1): 19-27.
47. Mork PJ, Nilsen, TIL. Sleep problems and risk of fibromyalgia: longitudinal data on an adult female population in Norway. *Arthr Rheum* 2012; 64 (1): 281-284,.
48. Diaz-Piedra C, Di Stasi LL, Baldwin CM, Buela-Casal G, Catena A. Sleep disturbances of adult women suffering from fibromyalgia: A systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev* 2015; 21: 86-99.
49. Roth T, Bhadra-Brown P, Pitman VW, Roehrs TA, Resnick EM. Characteristics of disturbed sleep in patients with fibromyalgia compared with insomnia or with healthy volunteers. *Clin J Pain* 2016;32(4):302-7.
50. Rizzi M, Sarzi-Puttini P,, Atzeni F, Capsoni F, Andreoli A, Pecis M, et al. Cyclic alternating pattern: a new marker of sleep alteration in patients with fibromyalgia? *J Rheumatol* 2004;31:1193-9.
51. Shleyfer E, Jotkowitz A, Karmon A, Nevzorov R, Cohen H, Buskila D. Accuracy of the diagnosis of fibromyalgia by family physicians: is the pendulum shifting? *J Rheumatol* 2009;36:170-3.
52. Menninger H. Other pain syndromes to be differentiated from fibromyalgia. *Z Rheumatol* 1998;57 Suppl 2:56-60.
53. Goldenberg DL. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia. *Am J Med* 2009;122(12 Suppl):S14-21.
54. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin ArthrRheum* 2007;36: 339-56.
55. Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, et al: Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1721-1726;
56. Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA: Pain, functional disability, and psychological status: a 12-month study of severity in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1988; 15:1551-1556;
57. Soriano-Maldonado A, Amris K, Ortega FB, Segura-Jiménez V, Estévez-López F, Álvarez-Gallardo IC, et al. Association of different levels of depressive symptoms with symptomatology, overall disease severity, and quality of life in women with fibromyalgia. *Qual Life Res.* 2015 Dec;24(12):2951-7.

58. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthr Rheum* 2003;48:2916-22.
59. Jensen KB, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, et al. Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthr Rheum* 2010;62:3488-95.
60. Jansen GB, Linder J, Ekholm KS, Ekholm J. Differences in symptoms, functioning, and quality of life between women on long-term sick-leave with musculoskeletal pain with and without concomitant depression. *J Multidiscip Healthc* 2011;4:281-92.
61. Poleshuck EL, Bair MJ, Kroenke K, Damush TM, Tu W, Wu J, et al. Psychosocial stress and anxiety in musculoskeletal pain patients with and without depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:116-22.
62. Poleshuck EL, Bair MJ, Kroenke K, Damush TM, Krebs EE, Giles DE. Musculoskeletal pain and measures of depression: response to comment on the article by Poleshuck et al. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:114-5.
63. Wells G, Shea B, O'Connell D, Robertson J, Peterson J, Welch V, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp.
64. Whiting P, Rutjes AW, Dinnes J, Reitsma J, Bossuyt PM, Kleijnen J. Development and validation of methods for assessing the quality of diagnostic accuracy studies. *Health Technol Assess* 2004; 8(25): iii, 1-234. PMID: 15193208.
65. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, et al. Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.

ANEXO I

Dúvidas Clínicas

- 1.1. Os critérios do ACR de 1990 são indispensáveis para o diagnóstico de Fibromialgia (FM)?
- 1.2. A dor difusa é essencial para o diagnóstico da fibromialgia?
- 1.3. Os pontos dolorosos (tender points) devem ser considerados para o diagnóstico da fibromialgia?
- 1.4. Os distúrbios do sono, fadiga e cognitivos também são importantes para o diagnóstico da FM?
- 1.5. Os critérios de 2010 podem ser considerados para o diagnóstico da fibromialgia?
- 1.6. Há indicação da termografia no diagnóstico da fibromialgia?
- 1.7. Quando devemos solicitar a polissonografia para o diagnóstico da fibromialgia?
- 1.8. O diagnóstico da fibromialgia é de exclusão?
- 1.9. Como devemos avaliar os distúrbios de humor nos pacientes com fibromialgia?

Pergunta Estruturada Geral

P: Fibromialgia
I: --
C: --
O: Diagnóstico

(P (Paciente); I (Intervenção ou Exposição); C (Comparação); O (“Outcome”))

Estratégia de Busca de Evidência e Recuperação

Foram geradas estratégias de busca (presentes em cada questão) da evidência nas principais bases primárias de informação científica (Medline/Pubmed, Embase, Lilacs/Scielo, Cochrane Library, Premedline via OVID). (**Tabela 1**) Também foi realizada busca manual da evidência e de teses (BDTD e IBICT). O período de pesquisa ocorreu entre agosto de 2015 e setembro de 2016.

Trabalhos Recuperados

A obtenção da evidência a ser utilizada para análise da questão clínica seguiu as etapas de: elaboração da questão clínica, estruturação da pergunta, busca da evidência, avaliação crítica e seleção da evidência, exposição dos resultados e recomendações. (**Figura 1**)

No total foram utilizados 62 trabalhos, para sustentar a síntese da evidência. Inicialmente os estudos foram selecionados pelo título, sequencialmente pelo resumo, e por fim através de seu texto completo, sendo este último submetido a avaliação crítica e extração dos resultados relativos aos desfechos.

Critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos

As evidencias recuperadas foram consideradas elegíveis se preenchessem os seguintes critérios: estudos que atendessem ao pico (P-Fibromialgia; I-Critérios diagnósticos ou critérios ACR 1990 ou dor difusa ou tender points ou distúrbios do sono, fadiga ou cognitivos ou critérios de 2010 ou termografia ou distúrbios de humor; C-ausência de critérios diagnósticos ou critérios diagnósticos da intervenção; O-diagnóstico); estudos sem restrição de período, sem restrição de idioma e com texto completo disponível.

Os motivos de exclusão dos artigos foram: Não preenchiam os critérios de elegibilidade; população sem FM ou geral; intervenção não diagnóstica; ausência de comparação; desfechos intermediários; revisões narrativas ou sistemáticas; duplicatas; idioma; análise post-hoc; ausência de dados a serem extraídos, relato de casos; comentários ou cartas; estudos caso controle; resultados redundantes ou repetidos; casuísticas repetidas.

Tabela 1: *Estratégias* de busca, artigos recuperados e selecionados das questões das diretrizes.

Questão	Estratégia
1	Fibromyalgia AND (ACR OR American College of Rheumatology) AND (sensitiv*[Title/ Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/ Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic* [MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]) Recuperados:283 Selecionados: 5
2	((Fibromyalgia AND Pain AND widespread AND (sensitiv*[Title/ Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/ Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic* [MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp])) OR (Fibromyalgia AND Pain AND specificity[Title/ Abstract]))) Recuperados:382 Selecionados:6
3	(tender point* OR pressure OR pain threshold) AND Fibromyalgia AND (sensitiv*[Title/ Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/ Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic* [MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]) Recuperados: 588 Selecionados: 13
4	(sleep OR fatigue OR mental disorders OR cognitive OR cognition OR stress) AND Fibromyalgia AND (sensitiv*[Title/ Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/ Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic* [MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]) Recuperados: 1419 Selecionados: 6
5	Fibromyalgia AND (sensitiv*[Title/ Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/ Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic* [MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]) Limits: published in the last 3 years Sort by: PublicationDate Recuperados: 659 Selecionados: 7
6	(Fibromyalgia AND (thermography OR temperature OR thermo test OR capillaroscopy OR heat OR hot OR cold OR sensory OR thermal OR somatosensory) OR (thermograph* OR telethermography) AND (pain OR trigger OR tender)) Recuperados:857 Selecionados:10

7	Fibromyalgia AND (Polysomnography* OR Circadian Rhythm) Recuperados:62 Seleccionados:4
8	Fibromyalgia AND (exclu* OR differential) Recuperados:766 Seleccionados: 7
9	(Mood Disorders OR depression OR depressive) AND FibromyalgiaAND (sensitiv*[Title/ Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos*[Title/ Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic* [MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]) Recuperados: 617 Seleccionados: 9

Segundo os desenhos de estudo

As evidências recuperadas foram selecionadas a partir de avaliação crítica utilizando instrumentos (escores) discriminatórios de acordo com a categoria da questão: diagnóstico (estudos comparativos do teste com o padrão ouro em pacientes suspeitos, ou estudos comparativos com a aplicação do teste em doentes e não doentes, estudos de prevalência).

Foram incluídos preferencialmente estudos observacionais (transversais ou coorte) ou estudos antes e depois.

Após definir os estudos potenciais para sustento das recomendações, estes foram selecionados pela força da evidência e grau de recomendação.

Método de avaliação crítica

Quando, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a evidência selecionada dos estudos coorte foram avaliadas criticamente pelo instrumento New Castle Ottawa Scale⁶³ e dos estudos transversais pelo Quadas⁶⁴. Após definir os estudos potenciais para suporte das recomendações, estes foram selecionados pela força da evidência e grau de recomendação segundo a classificação de Oxford⁶⁵.

Recomendações

As recomendações foram então escritas e reavaliadas por todos os participantes durante 4 reuniões realizadas por videoconferência ocorridas entre janeiro de 2015 e julho de 2016, e aprovadas por pelo menos 70% dos participantes. Questões sem este nível de concordância foram submetidas a novas sessões de questionamentos e correções via internet, até serem aceitas por pelo menos 70% dos integrantes.

Figura 1: Etapas de busca e seleção dos artigos para estas diretrizes.

DIAGRAMA DE FLUXO - FIGURA 1

