



**Assunto:** Fibromialgia

**Nº:** 45/DGCG  
**DATA:** 09/09/05

**Para:** Administrações Regionais de Saúde e Médicos dos Serviços  
Prestadores de Cuidados de Saúde

**Contacto na DGS:** Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Através da Circular Informativa nº 27, emitida pela Direcção-Geral da Saúde em 3 de Junho de 2003, reconheceu-se a Fibromialgia como uma afecção a considerar para efeitos de certificação de incapacidade temporária, a ser feita nos moldes habituais por atestado médico ou certificado médico emitido pelos Serviços de Saúde.

A Circular Normativa nº 12, emitida pela Direcção-Geral da Saúde em 3 de Julho de 2004, divulgou o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, aprovado por despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde de 26.03.2004 e integrado no Plano Nacional de Saúde, onde se inclui uma referência à Fibromialgia, cuja definição, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento, agora se recordam.

### **Definição**

A Fibromialgia (FM) é uma Doença Reumática de causa desconhecida e natureza funcional, que origina dores generalizadas nos tecidos moles, sejam músculos, ligamentos ou tendões, mas não afecta as articulações ou os ossos.

A dor causada pela FM é acompanhada de alterações quantitativas e qualitativas do sono, fadiga, cefaleias e alterações cognitivas, por exemplo perda de memória e dificuldade de concentração, parestesias/disestesias, irritabilidade e, em cerca de 1/3 dos casos, depressão.

A FM atinge cerca de 2% da população adulta. As mulheres são 5 a 9 vezes mais afectadas do que os homens; inicia-se entre os 20 e os 50 anos.

As crianças e jovens também podem sofrer de FM; em idade escolar a frequência é igual em ambos os sexos.

## **Prevenção**

O conhecimento dos sinais de alerta torna possível a intervenção precoce e as prevenções secundária e terciária, evitando o agravamento da FM e o desenvolvimento de complicações. O êxito destas acções depende, contudo, dos profissionais dos cuidados primários de saúde conhecerem e valorizarem os factores que se associam, precedem e acompanham esta entidade, bem como os que agravam o seu prognóstico.

São conhecidos os factores de risco associados a estados de dor crónica generalizada:

- a) sexo feminino;
- b) idade entre 40 e 60 anos;
- c) baixo rendimento económico;
- d) baixo nível educacional;
- e) divorciados/separados.

Estão identificadas as características da personalidade pró-dolorosa:

- a) trabalhadores dedicados;
- b) indivíduos com actividade excessiva;
- c) perfeccionismo compulsivo;
- d) incapacidade para o relaxamento e o desfrute da vida;
- e) negação de conflitos emocionais e interpessoais;
- f) incapacidade para lidar com situações hostis;
- g) necessidade de carinho;
- h) dependência de tipo infantil.

Estão tipificados os sinais de alerta para o desenvolvimento da FM:

- a) história familiar da doença;

- b) síndrome dolorosa prévia;
- c) preocupação com o prognóstico de outras doenças coexistentes;
- d) traumatismo vertebral, especialmente cervical;
- e) incapacidade para lidar com adversidades;
- f) história de depressão/ansiedade;
- g) sintomas persistentes de “virose”;
- h) alterações do sono;
- i) disfunção emocional significativa;
- j) dor relacionada com a prática da profissão.

As profissões que exigem a manutenção prolongada na mesma postura, movimentos repetitivos e elevação frequente ou mantida dos membros superiores são consideradas facilitadoras do eclodir da doença.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da FM é essencialmente clínico, servindo os exames auxiliares de diagnóstico para excluir outras doenças que se lhe podem assemelhar, nomeadamente doença reumática inflamatória, disfunção tiroideia e algumas patologias musculares.

O diagnóstico baseia-se na presença de:

- a) dor musculoesquelética generalizada, ou seja, abaixo e acima da cintura e nas metades esquerda e direita do corpo;
- b) dor com mais de três meses de duração;
- c) existência de pontos dolorosos à pressão digital em áreas simétricas do corpo e com localização bem estabelecida.

Embora seja necessária a presença de pelo menos 11 pontos dolorosos, em 18 possíveis, para classificar esta síndrome, aquele número pode não ser necessário para estabelecer o diagnóstico.

## **Tratamento**

A FM deve ser diagnosticada e tratada nos Cuidados de Saúde Primários.

Após o diagnóstico, uma explicação sobre a natureza da doença é crucial para o seu bom tratamento. O doente deve, também, ser informado sobre os seus factores de alívio, de agravamento, e sobre o habitual bom prognóstico da doença. O doente deve, ainda, ser aconselhado sobre estilos de vida, prática e tipo de exercício e atitudes de relaxamento.

Os fármacos utilizados com mais eficácia são analgésicos, anti-depressivos tricíclicos e inibidores selectivos de recaptação da serotonina, relaxantes musculares e indutores do sono.

É recomendada a prática regular de exercício físico.

Outras formas terapêuticas, bem como a intervenção da reumatologia, psiquiatria e outras especialidades médicas ou de outros profissionais de saúde não médicos, são necessárias com alguma frequência.

## **Acompanhamento**

A FM não causa deformações ou incapacidade física permanentes, mas muitos doentes são intolerantes à medicação e, dos que a toleram, menos de 50% apresentam melhorias significativas. (Ver Referenciação).

Em centros especializados a taxa de sucesso terapêutico chega a atingir 60%.

Os doentes sofrendo de FM devem ser periodicamente avaliados, quer sobre a evolução das queixas, quer acerca de eventuais efeitos adversos da terapêutica.

Não existem critérios de remissão da doença mas, tendo em conta os objectivos do tratamento, a dor deve ser avaliada com instrumentos de medida validados.

É essencial a comparação sistemática dos seguintes parâmetros em relação às avaliações anteriores:

- a) nível de actividade;
- b) perfeccionismo;
- c) assertividade;

- d) capacidade de lidar com as dificuldades e o *stress*;
- e) sensibilidade à dor;
- f) depressão;
- g) alterações do sono;
- h) ansiedade/angústia.

Para alguns destes pontos pode ser importante obter informação junto dos conviventes directos do doente.

A periodicidade do acompanhamento depende da gravidade da FM e das características das patologias associadas.

A experiência evidencia que, em geral, o doente reformado antecipadamente devido à FM, piora posteriormente por se criarem condições para uma menor actividade física, redução de ambientes distractivos, sentimentos de inutilidade e agravamento da depressão.

### **Referenciação**

Em cerca de 60 a 70% dos doentes com FM verifica-se ineficácia terapêutica e/ou intolerância medicamentosa, por vezes importante. Nestes casos, está indicada a referenciação a Reumatologia para reavaliação e eventual orientação terapêutica.

O Director-Geral da Saúde

Francisco George

A presente Circular revoga a Circular Informativa nº 27/DGCG de 03/06/2003