



### **GUIDELINE PARA A SÍNDROME DE FIBROMIALGIA. CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.**

Häuser W, Eich W, Hermann M, Nutzinger DO, Schitenwolf M, Henningsen P. Clinical Practice Guideline: Fibromyalgia syndrome, classification, diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106 (23):383-91. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0383 [acessado a 15/08/2009].

A *guideline* para a abordagem da síndrome de fibromialgia (SFM), divulgada no supracitado artigo, resultou de um trabalho de colaboração entre a Associação Alemã Interdisciplinar para o Tratamento da Dor (*Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie*), dez sociedades médicas de diferentes especialidades, entre as quais a

Medicina Geral e Familiar (MGF), e duas associações de doentes.

Com os representantes de cada uma destas instituições formou-se um «comité de *guideline*» e constituíram-se nove grupos de trabalho envolvendo um total de 58 pessoas. O secretariado fez a pesquisa bibliográfica, em Dezembro de 2006, nas bases *Medline*, *PsychoInfo*, *Scopus* e *Cochrane Library*. No âmbito da «definição» e «fisiopatologia» encontraram 2.101 artigos e noutros âmbitos 4.523 artigos. Os textos de *guidelines* e de revisões sistemáticas citaram 272 artigos. Até Dezembro de 2007 mantiveram a pesquisa de artigos tendo sido identificados mais 54 artigos para análise. No total foram analisados 6.950 textos.

### **Resultados**

#### ***Definição***

A definição da síndrome de fibromialgia do *American College of Rheumatology* (ACR) tem sido a mais usada e baseia-se no critério da dor crónica (mais de 3 meses) em vários pontos do organismo: axial (cervical, dorsal e lombar), acima e abaixo da cintura, bilateral e palpação dolorosa de pelo menos 11 de 18 pontos tendinosos.

Ao contrário de outras síndromes que também não têm na sua base alterações anatómicas ou bioquímicas, a SFM tem como critérios sintomas e sinais (pontos dolorosos à palpação). Os critérios de diagnóstico da SFM da ACR, embora muito usados em reumatologia, fora deste âmbito, têm reduzida utilidade, não parecendo haver interesse na diferenciação das perturbações somatoformes ou afectivas.

A utilidade dos pontos dolorosos



é controversa pela sua reduzida fiabilidade, porque as instruções a fornecer ao doente durante o exame não são padronizadas e porque não existe definição da intensidade ou da duração da pressão a aplicar nos pontos dolorosos.

A SFM pode ser conceptualizada como o extremo de um contínuo de tensão/dor e não uma entidade nosológica distinta.

### Classificação

Praticamente todas as especialidades médicas definem síndromes funcionais somáticas para classificar sintomas orgânicos crónicos, para os quais não se identifica uma causa física demonstrável. Cada especialidade define a sua síndrome funcional ignorando os sintomas orgânicos ou mentais que estão fora da área da respectiva especialidade. A Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10) classifica a SFM na rubrica de «perturbações dos tecidos moles não especificadas noutra local» (M79) e considera-a uma síndrome somática orgânica e não uma perturbação mental, devendo as comorbilidades mentais ser codificadas adicionalmente. Na perturbação da dor somatoforme persistente, 40 a 70% dos doentes referem conflitos emocionais e psicossociais associados ao aparecimento ou à intensificação dos sintomas dolorosos e 60% dos doentes referem, de modo espontâneo, tais conflitos. A associação das perturbações do humor varia entre 20 e 80% e com a ansiedade de 15 a 65%. A SFM está associada em 20 a 80% com outras síndromes funcionais tais como o cólon irritável ou a fadiga crónica.

### Diagnóstico

O diagnóstico da SFM baseia-se nas características dos sintomas, na exclusão de outras doenças com sintomas idênticos e passa pela história clínica e pelo exame físico.

Dos exames para a avaliação inicial fazem parte o hemograma, VS, PCR, calcémia e TSH.

Não há evidência de utilidade no pedido de rotina dos anticorpos associados a doenças reumáticas nem o recurso a outros especialistas. Como regra básica, preconiza-se que, se os sintomas são característicos, deve ser declarado o diagnóstico de SFM antes de fazer outros testes destinados a excluir outras condições.

### Etiologia

Os estudos prospectivos de base populacional revelam que os agressores físicos e emocionais no trabalho e o humor deprimido são factores de risco da SFM.

### Tratamento

O diagnóstico deve ser explicitamente declarado ao doente conjuntamente com a informação sobre as opções terapêuticas. Dos conteúdos informativos para o doente devem constar os seguintes aspectos:

- Para a maioria dos doentes os sintomas são permanentes;
- Os sintomas não são incapacitantes nem reduzem a esperança de vida;
- O alívio total dos sintomas nem sempre é possível;
- Os objectivos do tratamento são reduzir a dor e melhorar ou manter a qualidade de vida;
- A actividade física regular é im-

portante para reduzir os sintomas e melhorar a adaptação à vida quotidiana.

Com base no consenso dos peritos, os princípios básicos do tratamento baseiam-se na abordagem centrada no paciente e na tomada de decisão partilhada, de modo a que o plano seja desenhado *com* o e não apenas *para* o doente. A negociação deve ter em mente objectivos tangíveis e a escolha do tratamento deve ter em conta as preferências do doente e as disponibilidades locais. Finalmente, o impacto do tratamento deve ser periodicamente avaliado.

O tratamento da SFM está de acordo com as recomendações consideradas para as síndromes somáticas funcionais, que inclui 3 níveis terapêuticos.

- Nível 1: terapia cognitivo-comportamental; treino aeróbico de *endurance* adaptado à capacidade de desempenho do doente; hidroterapia, jogos aquáticos e *spa*; amitriptilina, 25 a 50 mg/dia; e diagnóstico e tratamento de comorbilidades físicas e ou mentais (recomendações de grau A).
- Nível 2: tratamento multimodal (recomendações de grau A).
- Nível 3: duloxetine, 60 a 120mg/dia; fluoxetine, 20 a 40mg/dia; paroxetina, 20 a 40mg/dia; ou milnacipran 100 a 200mg/dia; hipnoterapia; e terapias complementares como homeoterapia (recomendações de grau B).

A mudança de nível de tratamento é efectuada em função da resposta ao fim de 6 meses.

Têm indicação para psicoterapia as situações associadas a: 1) intenso stress psicossocial; 2) história de tra-



tamento psiquiátrico e uso recorrente de psicotrópicos; 3) história de stress intenso (factores traumáticos); 4) evidência de respostas desadaptadas à doença (e.g. catastrofismo, comportamento inadequado auto-preservação ou *coping* insuficiente); 5) crença acerca de dor psicológica.

### Discussão

A presente *guideline* não resolve o problema da definição e classificação da SFM, mas tem a originalidade e a força de resultar de um grupo de trabalho que incluiu um elevado número de especialidades médicas (incluindo a MGF) com as mais diversas sensibilidades (incluindo a de associações de doentes). Em relação à definição, aguarda-se com expectativa a forma como os «sintomas somáticos não explicados medicamente» serão abordados nas classificações *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versão V (DSM-V)* e *CID-11* que se aguardam para dentro de pouco tempo.

A magnitude do trabalho de pesquisa e de análise só foi possível graças à cooperação entre as diferentes sociedades científicas lideradas por uma estrutura coordenadora e de apoio.

Recomenda uma definição baseada nos sintomas como alternativa aos critérios da ACR. Recomenda um tratamento estratificado tendo em consideração as disponibilidades do sistema de saúde alemão.

Apesar da enorme diversidade das várias organizações envolvidas as recomendações a que chegaram foram com um elevado grau de consenso. Ao contrário da Sociedade Americana para a Dor ou da Associação

Europeia Contra o Reumatismo (EULAR, *European League Against Rheumatism*), a presente *guideline* dá grande ênfase à tomada de decisão partilhada com o doente e com o cuidador, aquando da escolha do tratamento e em todos os níveis, chegando a considerar as medicinas complementares no terceiro nível.

### Comentário

Confirma-se que há pouca utilidade em individualizar a SFM das restantes síndromes somáticas funcionais ou mesmo das perturbações somatoformes.<sup>1</sup> O tratamento preconizado é em tudo semelhante ao de outras síndromes somáticas funcionais, baseando-se na abordagem centrada no paciente e na tomada de decisão partilhada. O diagnóstico baseia-se essencialmente na história clínica, exame objectivo e, digo eu, no estabelecimento de uma efectiva relação terapêutica. O recurso a exames complementares deve ser o mínimo suficiente para excluir outras patologias com idênticos sintomas e para minimizar o risco de iatrogenia e medicalização. Como intervenções do primeiro nível, os autores propõem as intervenções cognitivo-comportamentais, comuns a todas as perturbações somatoformes. Considerando que em MGF, 20 a 80% das consultas apresentam perturbações somatoformes,<sup>2-4</sup> tais como a SFM, sobressai a enorme importância de, por um lado, o médico de família adquirir competências psicoterapêuticas e, por outro, de trabalhar em equipa com a psicologia. Tendo em conta a elevada prevalência deste tipo de problemas dificilmente se pode

aceitar que das actuais Unidades de Saúde Familiar não façam parte psicólogos, tanto mais que a evidência da sua elevada efectividade, com redução de custos e aumento da satisfação das populações, tem sido reiteradamente demonstrada.<sup>5-7</sup>

José Mendes Nunes

USF S. JuliãoCS Oeiras Departamento de Medicina Geral e Familiar da FCM/UNL

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen LA, Escobar IE, Lehrer PM, Gara MA e Woolfolk RL. Psychosocial Treatments for Multiple Unexplained Physical Symptoms: A Review of the Literature. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64:939-50. DOI: 10.1097/01.PSY.0000024231.11538.8F)
2. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice* 2003; 53:233-249.
3. Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP e Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice* 2006. DOI:10.1093/fampra/cm1016. [Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/short/cm1016v1>].
4. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004; 21:199-203.
5. Canadian Psychological Association. The Cost-effectiveness of Psychological Interventions. ISBN 1896538703. May 2002. Disponível em: <http://www.cpa.ca/cpsite/userfiles/Documents/publications/Cost-Effectiveness.pdf>. [acedido a: 20/01/2009]
6. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995; 274(24):1931-1934.
7. Follette WT, Cummings NA. Psychiatric services and medical utilization in pre-paid health plan setting. *Medical Care* 1967; 5:25-35.