

Fibromialgia: Da Invisibilidade Clínica ao Reconhecimento Médico-Legal

Fibromyalgia: From Clinical Invisibility to Medico-Legal Recognition

José A. PEREIRA DA SILVA ^{✉1,2}, Fernando GONÇALVES DE OLIVEIRA³, Duarte NUNO VIEIRA⁴
Acta Med Port 2026 Aug;39(8):435-437 • <https://doi.org/10.20344/amp.24611>

Palavras-chave: Avaliação de Incapacidade; Custo da Doença; Fibromialgia; Portugal
Keywords: Cost of Illness; Disability Evaluation; Fibromyalgia; Portugal

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome de dor crónica generalizada caracterizada por dor musculoesquelética difusa, fadiga persistente, perturbações do sono, disfunção cognitiva e hipersensibilidade a estímulos sensoriais. Os critérios diagnósticos do American College of Rheumatology (ACR), nas versões de 1990, 2010 e 2016, permitem um diagnóstico padronizado baseado no *Widespread Pain Index* (WPI) e na *Symptom Severity Scale* (SSS).¹ A prevalência situa-se entre 2% e 4% na população geral, com predomínio no sexo feminino (3 - 4:1); em Portugal, o estudo EpiReumaPt estimou 1,7%, mas aplicando estimativas conservadoras, mais de 300 000 portugueses sofrem desta condição, representando 4% - 8% das consultas em cuidados de saúde primários.²

O impacto socioeconómico é frequentemente subestimado. Os custos anuais por doente situam-se entre €7 000 e €12 000, comparáveis aos da diabetes *mellitus* tipo 2, mas com mais de 75% de custos indiretos (perda de produtividade, absentismo, reforma antecipada), estando entre 35% e 50% dos doentes desempregados ou em situação de incapacidade laboral.

Para além do sofrimento físico, os doentes enfrentam o que Häuser e Henningsen denominaram o 'duplo fardo': a doença em si e o estigma de não serem acreditados.³ Esta deslegitimação é particularmente gravosa quando provém do próprio sistema de proteção social. O presente artigo examina precisamente este paradoxo: uma condição com reconhecimento clínico internacional, mecanismos neurobiológicos identificados e instrumentos de avaliação validados, mas que permanece desvalorizada pelo sistema de certificação de incapacidade em Portugal.

A SITUAÇÃO PORTUGUESA: UMA HISTÓRIA DE AVANÇOS E RECUOS

Portugal foi, em certa medida, pioneiro no reconhecimento administrativo da fibromialgia. Em 2003, a Direção-Geral da Saúde emitiu a Circular Informativa n.º 27/DGCG,

que reconheceu a fibromialgia como entidade elegível para certificação de incapacidade temporária.⁴ Em 2005, a Circular Informativa n.º 45/DGCG substituiu a anterior, mantendo esse reconhecimento, mas introduzindo uma afirmação que viria a moldar profundamente a prática administrativa portuguesa: "A FM não causa deformações ou incapacidade física permanentes."⁵ Esta formulação perentória tornou-se fundamento para negar sistematicamente o reconhecimento de incapacidade permanente, ainda que a mesma circular reconhecesse o caráter profundamente incapacitante da doença em múltiplas dimensões.

Em 2015, a Assembleia da República recomendou ao Governo (Resoluções n.º 94 e 95/2015) a implementação de medidas de reconhecimento e proteção das pessoas com fibromialgia, incluindo a avaliação da funcionalidade por juntas médicas especializadas com participação obrigatória de psicólogo. Nada sucedeu.

Em 2016, a Norma n.º 017/2016 da DGS revogou expressamente a circular de 2005 e consolidou o reconhecimento clínico da doença, adotando os critérios ACR 2016 e o *Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised* (FIQ-R) como instrumentos de avaliação.⁶ A afirmação de que a fibromialgia "não causa incapacidade permanente" foi assim formalmente abolida. Contudo, a Norma 017/2016 não se pronuncia sobre incapacidade. Criou-se um vácuo normativo extraordinário: a cultura institucional gerada pela circular de 2005 mantém-se, sem suporte legal explícito.

A LACUNA QUE PERSISTE: A TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES

O problema central reside na Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007.⁷ Esta tabela, instrumento legal para avaliação de incapacidades permanentes, não inclui nem menciona a fibromialgia. Concebida originalmente para acidentes de trabalho e doenças profissionais – situações com evento causal identificável e alterações objetiváveis –, a sua arquitetura,

1. Departamento de Reumatologia. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

2. MyFibromyalgia®. Coimbra. Portugal.

3. Advogado (portador de fibromialgia). Aveiro. Portugal.

4. Departamento de Medicina Legal. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

✉ Autor correspondente: José A. Pereira da Silva. jdasilva@ci.uc.pt

Recebido/Received: 08/02/2026 - Aceite/Accepted: 14/04/2026 - Publicado Online/Published Online: 13/05/2026 - Publicado/Publicado: 03/08/2026
Copyright © Ordem dos Médicos 2026



baseada em défices segmentares mensuráveis, é epistemologicamente incompatível com a natureza funcional e difusa da fibromialgia.

Para obter o atestado médico de incapacidade multiusos (AMIM) – documento essencial para acesso a benefícios fiscais e proteção social – é necessário demonstrar um grau de incapacidade de pelo menos 60%. Sem código específico na TNI, os doentes com fibromialgia dependem inteiramente da sensibilidade da junta médica avaliadora, que geralmente nega a incapacidade, ainda que sem abrigo legal.

A Portaria n.º 171/2025 ilustra bem o paradigma vigente: lista as patologias que podem beneficiar de emissão de AMIM com dispensa de junta médica, mas apenas quando exames complementares permitem “atribuição automática de desvalorização”.⁸ A fibromialgia, por definição, jamais poderá cumprir este critério: análises, radiografias e ressonância magnética são normais. Esta normalidade – que paradoxalmente confirma o diagnóstico clínico, ao excluir outras patologias – torna-se o principal argumento contra o reconhecimento da incapacidade. É um círculo vicioso onde a própria natureza da doença a exclui do sistema desenhado para a avaliar.

PERSPETIVA INTERNACIONAL COMPARADA

Em outubro de 2021, Israel tornou-se um dos primeiros países do mundo a reconhecer de forma simplificada a fibromialgia como causa de incapacidade. O National Insurance Institute atribui um grau de incapacidade de 40% - 50% a pessoas com diagnóstico confirmado por um reumatologista, através de um processo que elimina a ‘segunda vitimização’ que tantos doentes experimentam, declarando inequivocamente: “A fibromialgia é real, não é uma doença mental.”⁹

Para a realidade portuguesa, o caso brasileiro é particularmente relevante devido à proximidade cultural. A Lei n.º 15.176, de 23 de julho de 2025, admite a equiparação da fibromialgia à condição de pessoa com deficiência para efeitos legais, mediante avaliação biopsicossocial por equipa multiprofissional, adotando o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).¹⁰

Outros modelos confirmam a viabilidade de soluções alternativas: os Estados Unidos da América reconhecem desde 2012 a fibromialgia como “*medically determinable impairment*”, aceitando elementos contextuais na ausência de marcadores objetivos (SSR 12-2p); Espanha avalia caso a caso pela via jurisprudencial; o Reino Unido adota um modelo funcional sob o *Equality Act* 2010 (Tabela 1). Nenhum destes sistemas é perfeito, mas todos reconhecem o que Portugal ainda não conseguiu formalizar.

UMA QUESTÃO EPISTEMOLÓGICA: CERTIFICAR O INCERTIFICÁVEL?

O reconhecimento legal da fibromialgia coloca uma questão epistemológica profunda: pode o médico certificar aquilo que apenas o doente pode sentir? Os instrumentos clinicamente validados são, na sua essência, questionários de autorrelato. Quando se certifica que “o doente tem um FIQ-R de 62”, está-se a certificar que o doente respondeu de forma a obter essa pontuação – não se medem os sintomas, regista-se o que ele conta sobre a sua dor. A validação estatística dos instrumentos apenas garante que o doente responde de forma consistente, não que responde de forma verdadeira.

Esta circularidade cria uma perceção institucional de risco elevado de simulação ou amplificação de sintomas, suscitando o receio de decisões periciais inconsistentes e juridicamente vulneráveis. No contexto clínico, onde a relação médico-doente assenta na presunção de boa-fé, estes instrumentos são ferramentas preciosas. No contexto médico-legal, onde existe um incentivo económico potencial, a possibilidade de simulação não pode ser ignorada. Uma hemoglobina ou uma radiografia são independentes da vontade do doente; o FIQ-R depende inteiramente do que o doente reporta. Reconhecer esta limitação não é negar a realidade do sofrimento, é admitir que o modelo tradicional de avaliação de incapacidade não é adequado para condições como a fibromialgia.

PROPOSTA DE REFORMA: UM MODELO HÍBRIDO

Face ao dilema descrito, propomos um modelo híbrido que separa três questões frequentemente confundidas: o diagnóstico (competência médica), a sua associação a

Tabela 1 – Comparação internacional de modelos de avaliação de incapacidade na fibromialgia. A tabela inclui apenas os quatro casos paradigmáticos.

Dimensão	Portugal	Israel	Brasil	EUA
Reconhecimento	Parcial (Norma DGS)	Simplificado (2021)	Lei 15.176/2025	SSR 12-2p (2012)
Quem certifica	Junta médica (3 médicos)	Bituach Leumi (NII)	Equipa multiprofissional	Social Security Admin.
Modelo de avaliação	TNI (biomédico)	Funcional	Biopsicossocial (CIF)	Funcional + contextual
Grau atribuído	Variável (caso a caso)	40% - 50% (simplificado)	Caso a caso	Caso a caso
Instrumentos aceites	MCDT ‘alterados’	Diagnóstico ACR	Avaliação funcional CIF	ACR + contexto funcional

ACR: American College of Rheumatology; CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade; MCDT: meios complementares de diagnóstico e terapêutica; NII: National Insurance Institute; TNI: Tabela Nacional de Incapacidades.

incapacidade (assumida com o diagnóstico) e o grau individual de incapacidade (avaliação funcional e social).

No primeiro passo, o médico certifica o diagnóstico usando critérios padronizados (ACR 2016¹ ou AAPT¹¹), por profissional com competência reconhecida – reumatologista ou internista com formação adequada –, de forma independente do médico assistente habitual. No segundo passo, o sistema assume automaticamente um grau mínimo de incapacidade – por exemplo, 30% – reconhecendo que a fibromialgia implica sempre alguma limitação funcional, numa abordagem análoga à adotada em Israel.⁹ No terceiro passo, determina-se o grau adicional de incapacidade – moderada, grave ou muito grave – mediante avaliação biopsicossocial supervisionada pelo Instituto Nacional para a Reabilitação, com participação de assistente social.

Este modelo dispensa o médico de ‘certificar’ o que não pode ver nem medir, avalia consequências reais ao invés de as presumir, e alinha-se com o modelo CIF internacionalmente adotado. A mudança legislativa poderá ser acelerada se os médicos envolvidos nestas diligências levarem este assunto ao conhecimento do legislador – a advocacia médica é parte integrante da solução.

CONCLUSÃO

A situação atual é injusta. Quando um sistema de avaliação está estruturalmente incapaz de reconhecer uma condição que afeta mais de 300 000 portugueses – maioritariamente mulheres em idade ativa – não estamos perante uma questão meramente técnica, estamos perante uma questão de justiça social.

A fibromialgia não é uma doença ‘subjéctiva’. É uma síndrome com mecanismos neurobiológicos identificados, critérios diagnósticos validados internacionalmente e instrumentos de medição reproduzíveis. O facto de não produzir

alterações em análises de rotina não a torna menos real – torna-a diferente das condições para as quais os nossos sistemas de avaliação foram originalmente desenhados.

Países como Israel e Brasil demonstraram que é possível fazer diferente. Portugal tem os recursos técnicos e científicos para os seguir. A honestidade intelectual obriga-nos a reconhecer que o problema é estrutural e requer soluções estruturais. Continuar a fingir que os instrumentos atuais resolvem o problema seria perpetuar uma injustiça com aparência de rigor científico. A advocacia médica não é opcional, é uma parte integrante da profissão.

ACKNOWLEDGMENTS

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JAPS: Conceptualização, escrita, revisão crítica do manuscrito.

FGO, DNV: Revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

JAPS é o fundador e coproprietário de www.myfibromyalgia.org uma organização privada que fornece serviços clínicos a doentes com fibromialgia.

Os restantes autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. 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;46:319-29.
2. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt. *RMD Open*. 2016;2:e000166.
3. Häuser W, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: a somatoform disorder? *Eur J Pain*. 2014;18:1052-9.
4. Direção-Geral da Saúde. Circular informativa n.º 27/DGCG de 17/09/2003. Lisboa: DGS; 2003.
5. Direção-Geral da Saúde. Circular informativa n.º 45/DGCG de 23/12/2005. Lisboa: DGS; 2005.
6. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 017/2016 de 27/12/2016, atualizada a 28/09/2017. Lisboa: DGS; 2017.
7. Portugal. Decreto-Lei n.º 352/2007. Diário da República, I Série, n.º 204 (2007/10/23).
8. Portugal. Portaria n.º 171/2025. Diário da República, I Série, n.º 71 (2025/04/10).
9. National Insurance Institute of Israel. Fibromyalgia Recognition Guidelines. Jerusalem: Bituah Leumi; 2021.
10. Diário Oficial da União, Brasil. Lei n.º 15.176, de 23 de Julho de 2025. Institui programa nacional de protecção aos direitos das pessoas acometidas por síndrome de fibromialgia. [consultado 2026 fev 18]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15176-23-julho-2025-797775-publicacaooriginal-175981-pl.html>.
11. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Pain*. 2019;20:611-28.