



CIÊNCIAS  
SOCIAIS E  
POLÍTICAS

NOTA TÉCNICA  
Nº 10/2025

# A fibromialgia e os direitos da pessoa com deficiência



Ivania Moraes Soares  
Maria Batista Silva

**N 10.**



#### **DIRETORIA GERAL**

Christian Aquino Cota

#### **DIRETORIA DO PROCESSO LEGISLATIVO**

Frederico Stefano de Oliveira Arrieiro

#### **DIVISÃO DE CONSULTORIA LEGISLATIVA**

Marcelo Mendicino

#### **CAPA**

Larissa Metzker

Gustavo Ziviani

Yasmin Schiess

*Seção de Criação Visual*

*Superintendência de Comunicação Institucional*

#### **PESQUISA DE LEGISLAÇÃO**

*Divisão de Instrução e Pesquisa*

#### **AUTORIA**

Ivania Moraes Soares

*Consultora Legislativa em Ciências Sociais e Políticas*

Maria Batista Silva

*Consultora Legislativa de Saúde Pública*

CONTATO: [divcol@cmbh.mg.gov.br](mailto:divcol@cmbh.mg.gov.br)

URL: [www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/publicacoes](http://www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/publicacoes)

Conforme a Deliberação da Mesa Diretora nº 1, de 2025, compete à Divisão de Consultoria Legislativa, entre outras atividades, elaborar textos técnicos, artigos, relatórios e outras peças informativas, bem como prestar assessoramento técnico às comissões, à Mesa Diretora e aos vereadores. Todos os Estudos e Notas Técnicas são produzidos em atendimento a solicitação de vereadora, de vereador, de comissão ou da Mesa Diretora.

O conteúdo deste trabalho é de responsabilidade dos autores e não representa posicionamento oficial da Câmara Municipal de Belo Horizonte ou da sua Divisão de Consultoria Legislativa.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Como citar este texto:

SOARES, Ivania Moraes, SILVA, Maria Batista.

**Nota Técnica nº 10/2025:** A fibromialgia e os direitos da pessoa com deficiência. Belo

Horizonte: Divisão de Consultoria Legislativa/Câmara Municipal de Belo Horizonte, março 2025. Disponível em:

<[www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/publicacoes](http://www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/publicacoes)>.

Acesso em: DD mmm. AAAA.



CIÊNCIAS  
SOCIAIS E  
POLÍTICAS

NOTA TÉCNICA  
Nº 10/2025

# A fibromialgia e os direitos da pessoa com deficiência

Ivania Moraes Soares  
Maria Batista Silva

**N 10.**

## 1. Dados da Audiência Pública

**Requerimentos de Comissão nº 389/2025 e 665/2025**

**Finalidade da Audiência Pública:** debater a proteção dos direitos da pessoa com fibromialgia no município

Comissão de Direitos humanos, habitação, igualdade racial e defesa do consumidor

**Autoria do requerimento:** Vereadora Loíde Gonçalves

**Data, horário e local:** 01/04/2025, às 10h, no Plenário Helvécio Arantes

## 2. Considerações técnicas

### A fibromialgia

A fibromialgia é uma condição que se estima ocorrer em 8% da população geral, com frequência maior em mulheres entre 30 e 50 anos, sendo marcada por dor crônica<sup>1</sup>, disseminada em sintomas múltiplos, tais como fadiga, distúrbios do sono, ansiedade, episódios depressivos e alterações de concentração e memória<sup>2</sup>.

A causa da fibromialgia<sup>3</sup> ainda não foi esclarecida, mas a principal hipótese é de que os pacientes com fibromialgia apresentem alteração na percepção da dor. O diagnóstico é essencialmente clínico, por meio da história e do exame físico do paciente, além de exames laboratoriais e de imagem que auxiliam a exclusão de outras doenças que cursam com sintomas semelhantes aos da fibromialgia, a exemplo da artrite reumatoide e do lúpus eritematoso sistêmico.

---

<sup>1</sup> Dor crônica é a dor com duração superior a 30 dias.

<sup>2</sup> Disponível em [Anexo](#) à Portaria nº 1083, de 2 de outubro de 2012, do Ministério da Saúde, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dor Crônica, que inclui a fibromialgia dentre as síndromes dolorosas crônicas para acesso ao tratamento multidisciplinar e integral no SUS (acesso em 14/03/25).

<sup>3</sup> Problemas emocionais, histórico familiar, infecções por vírus, doença autoimune, distúrbios do sono e sedentarismo se relacionam à fibromialgia.

Na fibromialgia, geralmente não há alteração de exames que indicam inflamação, como a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C reativa e não há um marcador biológico específico, o que dificulta a identificação de uma causa para a doença; os exames de imagem devem ser interpretados com cuidado, pois nem sempre os achados são a causa da dor do paciente<sup>4</sup>.

O tratamento da fibromialgia visa aliviar os sintomas dolorosos e promover qualidade de vida para o paciente; a depressão deve ser prontamente tratada e os fármacos relaxantes musculares, assim como os analgésicos comuns, são utilizados em casos de dor crônica agudizada. Pacientes com fibromialgia se beneficiam também do tratamento não medicamentoso que pode incluir prática regular de exercícios físicos, terapia cognitivo comportamental, massagem, reabilitação e calor local<sup>5</sup>.

### **Atenção aos usuários com fibromialgia no Sistema Único de Saúde (SUS)**

Segundo o art. 1º, da Lei Federal nº 14.705, de 25 de outubro de 2023<sup>6</sup>, a pessoa acometida por Síndrome de Fibromialgia<sup>7</sup> deve receber atendimento integral pelo SUS, incluindo no mínimo:

“(…)

I - atendimento multidisciplinar por equipe composta de profissionais das áreas de medicina, de psicologia, de nutrição e de fisioterapia;

II - acesso a exames complementares;

III - assistência farmacêutica;

IV - acesso a modalidades terapêuticas reconhecidas, inclusive fisioterapia e atividade física.”(BRASIL, 2023)

Na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte - RMS-BH, a assistência aos usuários com fibromialgia, na Atenção Primária à Saúde (APS), é prestada nos

---

<sup>4</sup> Disponível em [Sociedade Brasileira de Reumatologia](#) (acesso em 14/03/25).

<sup>5</sup> Disponível em [Anexo](#) (acesso em 14/03/25).

<sup>6</sup> Disponível [Aqui](#) (acesso em 14/03/25).

<sup>7</sup> Síndrome de Fibromialgia porque a fibromialgia consiste em um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem de forma simultânea, caracterizando um quadro clínico complexo.

centros de saúde com o apoio do NASF-AB<sup>8</sup>, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Comunidade, que contam com equipes multiprofissionais voltadas à assistência integral dos usuários de suas respectivas áreas de abrangência.

Os casos que demandam atendimento e ou exames especializados são referenciados para as unidades de referência secundária, centros de especialidades médicas e ou centros de reabilitação do Município.

Para o controle da dor, o Município de Belo Horizonte segue as diretrizes da Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, que inclui a fibromialgia dentre as síndromes dolorosas crônicas para acesso ao tratamento multidisciplinar e integral pelo SUS.

Acrescenta-se que o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte - SUS-BH, dispõe de um rol de medicamentos para dor na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, a Remume-BH<sup>9</sup>, ressaltando que a condição clínica do usuário com fibromialgia pode se enquadrar também em critérios para acesso a medicamentos para dor crônica<sup>10</sup> dispensados pela Secretaria Estadual de Saúde, SES-MG, na Farmácia de Minas - Unidade Regional Belo Horizonte<sup>11</sup>.

### **O conceito de pessoa com deficiência**

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, em seu art. 2º, conceitua pessoa com deficiência como:

---

<sup>8</sup> O NASF-AB é composto por profissionais como: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, fonoaudiólogo, educador físico e psicólogo. Dentre outros equipamentos, a APS conta também com as academias da cidade para atenção aos usuários, incluindo os usuários com fibromialgia.

<sup>9</sup> Disponível Aqui (acesso em 14/03/25).

<sup>10</sup> Formulário para dispensação de medicamento (s) para [Dor Crônica](#) e em [Lista de medicamentos do CEAF](#) os medicamentos para Dor Crônica disponibilizados pela SES-MG (acesso em 14/03/25).

<sup>11</sup> Integra resposta da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte ao Requerimento de Comissão nº 1.104/24. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/> (acesso em 18/03/25).

“(...)

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação. § 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência. (BRASIL, 2016)

Os citados tipos de impedimentos são condições intrínsecas à diversidade humana, e deste modo, a deficiência é o resultado da interação dessas condições com as barreiras, levando a falhas na inclusão social do indivíduo. A Lei nº 13.146/15 define e classifica barreiras como:

“(...)

Art. 3º (...)

IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias; (BRASIL, 2015)”

Retirado da letra “e” do preâmbulo da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência<sup>12</sup> (disponível [aqui](#)), o § 1º do art. 2º da Lei Municipal nº 11.416/22, aponta que deficiência:

“é reconhecida como conceito em evolução e resultante da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas”.

A partir dos conceitos acima pode-se inferir que a deficiência resulta da interação da pessoa e suas características físicas e psicológicas individuais, com as barreiras criadas pela sociedade. Assim sendo, a deficiência não está na pessoa, mas na sua interação com atitudes e comportamentos sociais ou estruturas físicas (tais como urbanísticas, arquitetônicas, de transporte, tecnológicas, comunicacionais e informacionais) que impedem o seu gozo pleno da vida em sociedade. Portanto a deficiência é um produto social.

As atitudes referem-se às consequências observáveis dos costumes, práticas, crenças, valores, opiniões e comportamentos de outras pessoas em relação à deficiência e às pessoas com deficiência, que podem facilitar ou dificultar a participação plena e a inclusão social, tais como o preconceito, a discriminação, as atitudes inclusivas, a conscientização e a sensibilidade cultural. Bastante intrínseco à nossa cultura, há um pressuposto da capacidade dos corpos em todos os seus aspectos, como se fosse próprio de todos os corpos o exercício de qualquer habilidade inerente ao ser humano. Neste sentido quem não se enquadra nesta aptidão natural ou nata do ser humano, sofre preconceito e discriminação denominada “capacitismo”. O capacitismo desconsidera a diversidade entre as pessoas e que algumas delas nascem com características que são tidas como impedimentos ao se considerar a

---

<sup>12</sup> A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), assinada em Nova Iorque em 30 de março de 2007, consiste em um tratado internacional sobre direitos humanos, com o propósito principal de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para pessoas com deficiência. Dentre as diversas contribuições da Convenção da ONU, destaca-se a adoção de uma definição geral de pessoa com deficiência a partir do modelo biopsicossocial, que oferece uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social. (Proposta da Secretaria de Previdência, Ministério da Cidadania e Instituto Nacional do Seguro Social. Apoio do Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União. 2020)

nossa forma de organização social. Ele se manifesta quando pressupõe-se que alguém é incapaz somente pelo fato de ter alguma deficiência.

“Capacitismo é um sistema de opressão que hierarquiza as vidas humanas pelos tipos de corpos. As práticas capacitistas podem acontecer como ações ou como omissão. Não oferecer atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou não prover recursos de acessibilidade, por exemplo, as expõe às desigualdades sociais, podendo comprometer a própria existência das pessoas com deficiência. Subestimar a capacidade de uma pessoa com deficiência não é a única forma de capacitismo. O capacitismo é baseado num padrão corponormativo. Quanto mais distante desse corpo considerado socialmente normal, mais preconceito a pessoa vai sofrer. E não é só o corpo, também é o comportamento. Tanto que as pessoas com deficiência intelectual e psicossocial, aquelas que não são oralizadas, são as maiores vítimas de violência no Brasil. (Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/capacitismo-o-que-e-como-combater-e-por-que-e-tao-importante-falar-sobre-o-tema> . Acesso em 24/03/25.).

## **A avaliação da deficiência**

Historicamente, bem antes da já citada Convenção da ONU, o modelo predominante de avaliação e comprovação da condição de deficiência era o modelo médico e individual, enfatizando principalmente as limitações e alterações do corpo considerado como desvio do padrão de normalidade. Esse modelo foi e ainda tem sido objeto de constantes debates e confrontações nas arenas políticas e entre estudiosos e ativistas dos direitos das pessoas com deficiência. O que se busca constantemente é contrapor, debater e transformar esse modelo hegemônico vigente, alterando para um modelo que vai além da análise médica, somada à uma visão ampliada do complexo fenômeno da deficiência. O modelo médico tradicional é limitado por sua visão restrita, focando exclusivamente nos aspectos orgânicos da deficiência. Este modelo se centra no binômio normalidade-anormalidade do corpo, ignorando as influências dos fatores contextuais (BERNARDES et. all, 2024).

O conceito atual de deficiência, estabelecido pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e pela Lei Brasileira de Inclusão, é o marco normativo que pressupõe a adoção de modelos, práticas e

instrumentos de avaliação que possibilitem uma compreensão amplificada das dimensões social, cultural e política da deficiência, já que esta é um conceito em evolução, conforme o preâmbulo da própria Convenção. O modelo médico que era vigente era permeado de estigma, preconceito, opressão e exclusão historicamente construídos, povoando o tanto imaginário social como o da medicina, e é por isso que se luta pela mudança desse modelo médico para o modelo social.

Atualmente se trabalha para a utilização do **modelo biopsicossocial unificado**, introduzido pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e apoiado pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e também presente da na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, considerando que ele oferece “uma perspectiva mais multidimensional alcançando o equilíbrio entre o modelo médico e social da deficiência” (BERNARDES et. all, 2024). Este modelo parte da premissa de que a deficiência resulta da interação entre as condições de saúde da pessoa e os fatores contextuais (pessoais e ambiental). Segundo Bernardes (2024) a deficiência não é uma limitação inerente à pessoa, mas uma consequência de barreiras sociais e ambientais que restringem a participação plena na sociedade e sendo assim, a adoção do modelo biopsicossocial pelo Estado permite uma compreensão ampliada das dimensões social, cultural e política da deficiência.

Desde 2009, após a adesão à Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, o Brasil discute a transição do modelo médico para o modelo biopsicossocial, considerando a importância de adotar o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) como ferramenta principal. Este modelo reconhece a deficiência como uma interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais e ambientais, promovendo uma avaliação mais inclusiva e justa (BERNARDES et. all, 2024).

O modelo biopsicossocial unificado de direitos humanos reconhece a deficiência como uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais, ao invés de uma simples questão médica. Esse novo paradigma busca

assegurar uma avaliação mais justa e inclusiva, alinhada com os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da qual o Brasil é signatário. Por este princípio, os legisladores da LBI fizeram a opção de não elencar um rol de deficiências a serem consideradas como tal, mas que isso dependesse desta avaliação biopsicossocial, considerando individualmente a interação de uma determinada pessoa e o quanto a sua questão pessoal é atravessada pelas barreiras impostas pela sociedade, como já exposto acima.

O Decreto nº 11.487/2023, instituiu o Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência, e os principais pontos, conclusões e definição de próximos passos deste grupo foram:

**1. Instrumento de Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência:** A transição do modelo médico para o modelo biopsicossocial é discutida, destacando a importância de adotar o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)<sup>13</sup> como ferramenta principal. Este modelo reconhece a deficiência como uma interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais e ambientais, promovendo uma avaliação mais inclusiva e justa.

**2. Estrutura de Governança e Responsabilidades:** O relatório define a estrutura administrativa e de gestão necessária para a implementação do Sistema Nacional de Avaliação da Deficiência (SISNADEF). Isso inclui a criação do Comitê Gestor Nacional, responsável por coordenar, normatizar, gerenciar e avaliar o processo de implantação da avaliação biopsicossocial unificada em todo o país.

**3. Formação e Habilitação de Equipes Avaliadoras:** Propõe diretrizes curriculares e programas de formação para garantir que os profissionais das áreas de saúde e assistência social estejam adequadamente preparados para aplicar o IFBrM. A formação contínua, habilitação e a qualificação dessas equipes são essenciais para assegurar a correta aplicação dos critérios de pontuação da matriz.

---

<sup>13</sup> O Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) é composto por uma matriz de atividades que avaliam a funcionalidade das pessoas em diversas áreas de suas vidas. A matriz inclui 39 atividades discriminantes e 18 atividades não discriminantes, baseadas nos domínios de atividade e participação definidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS). A entrevista semiestruturada é uma parte essencial do processo de aplicação e uso do IFBrM. Ela permite que os avaliadores obtenham uma compreensão detalhada e contextualizada da funcionalidade da pessoa, investigando como ela realiza as atividades cotidianas, quais recursos e apoios estão disponíveis e como as barreiras ambientais impactam sua vida. A entrevista deve ser conduzida com escuta e acolhimento qualificados, criando um ambiente de confiança onde a pessoa se sinta à vontade para compartilhar suas experiências e dificuldades. Os avaliadores utilizam a entrevista para explorar a tríade de avaliação: a pessoa em ação em um contexto. Isso envolve considerar a singularidade da pessoa, os impedimentos corporais de longo prazo, o desempenho nas atividades e as barreiras ambientais presentes no cotidiano. Os avaliadores atribuem pontuações de 25, 50, 75 ou 100 para cada atividade avaliada.

**4. Sistema de TI:** Descreve os requisitos tecnológicos e a arquitetura do sistema de TI necessário para suportar o processo de avaliação biopsicossocial. A plataforma eletrônica do SISNADEF deve garantir acessibilidade, segurança, interoperabilidade e eficiência na coleta, transmissão e sistematização dos dados de avaliação.

**5. Indicadores para Monitoramento da Política:** Estabelece um conjunto robusto de indicadores para monitorar a eficácia e a eficiência do sistema, permitindo ajustes e melhorias contínuas. Esses indicadores cobrem aspectos como satisfação dos usuários, desempenho dos instrumentos de avaliação, e eficiência do processo de avaliação.

**6. Plano de Comunicação:** Detalha um plano de comunicação para assegurar a compreensão e o engajamento de todas as partes interessadas. A comunicação transparente e acessível é fundamental para promover a adesão ao SISNADEF e garantir que seus benefícios sejam amplamente conhecidos.

**7. Propostas de Regulamentação:** Apresenta os elementos que devem ser regulamentados para instituir a avaliação biopsicossocial, definindo as responsabilidades dos diversos órgãos e os procedimentos para a aplicação do IFBrM. A normatização deve garantir a uniformidade e a padronização das avaliações em todo o território nacional.

**8. Revisão dos Atos Normativos Atuais:** Analisa a necessidade de revisões e alterações nas normas vigentes que impactam a implementação da avaliação biopsicossocial. A revisão dos atos normativos é essencial para alinhar a legislação atual com o novo modelo de avaliação proposto.

**9. Projetos de Leis em Tramitação no Congresso Nacional:** Estuda projetos de leis em tramitação que possam impactar negativamente a implementação da avaliação biopsicossocial. O relatório recomenda ações para adequar esses projetos às diretrizes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão.

**10. Cenários de Implantação: Gradual vs. Simultânea:** Avalia os prós e contras dos cenários de implantação gradual versus simultânea do IFBrM. A implantação gradual é recomendada por permitir ajustes e melhorias baseadas em feedback real, garantindo uma transição mais segura e controlada.

Os próximos passos incluem a regulamentação e normatização, a capacitação das equipes avaliadoras e a implantação gradual do SISNADEF, assegurando que todas as etapas do processo sejam otimizadas antes de sua aplicação em escala nacional. O Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência, instituído pelo Decreto N. 11.487/2023, marca um avanço significativo na promoção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. Através de um processo colaborativo e intersetorial, que envolveu diversos ministérios, especialistas, pesquisadores e representantes da sociedade civil, foi possível desenvolver uma proposta abrangente e inclusiva para a avaliação da deficiência baseada no modelo biopsicossocial. O trabalho resultou na indicação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), validado cientificamente e politicamente, como um instrumento adequado para caracterizar as condições e necessidades específicas da população com deficiência brasileira. Este modelo, que incorpora os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão, promove uma avaliação mais justa e inclusiva, reconhecendo a deficiência como uma interação complexa entre impedimentos individuais e barreiras sociais e ambientais. A proposta de implementação do Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência (SISNADEF), coordenado pelo Comitê Gestor Nacional, e o

desenvolvimento de uma plataforma tecnológica integrada, na forma proposta pelo Grupo de Trabalho, assegurarão a padronização e a eficiência das avaliações, facilitando o acesso das pessoas com deficiência a políticas públicas adequadas. A formação e qualificação das equipes avaliadoras, permitirá a correta aplicação do IFBrM, promovendo a inclusão e o respeito aos direitos humanos das pessoas com deficiência. (BERNARDES, et. all., 2024)

### 3. Considerações finais

Como visto acima, o entendimento vigente atualmente e presente na principal normativa relacionada à pessoa com deficiência, qual seja a LBI de 2016, sendo esta ancorada na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência de 2007, acerca do que é deficiência é de que este seja um **impedimento de longo prazo**, que cause uma limitação da pessoa no desempenho de atividades e na sua efetiva participação na sociedade. Considerando que o instrumento unificado de avaliação biopsicossocial ainda não está pronto e não está vigente no território nacional, e que a LBI, conforme entendimento da Convenção e de estudos atuais da área, não estabelece um rol de condições ou comorbidades a serem consideradas deficiência, o critério ainda utilizado para determinar a deficiência o é da avaliação médica individual.

O médico deverá avaliar a intensidade e frequência dos sintomas, uma vez que estas são totalmente variáveis, de pessoa para pessoa, ocorrendo desde quadros leves e bem controlados com medidas não farmacológicas (como, por exemplo, exercícios físicos e psicoterapia) até quadros mais intensos, com repercussões negativas nas atividades de rotina da vida diária. Ademais, não existe exame comprobatório, e seu diagnóstico é essencialmente clínico, conforme [documento](#) da Sociedade Brasileira de Reumatologia, que ainda aponta que:

“A fibromialgia não evolui com deformidades, sequelas físicas e nem lesões orgânicas nos ossos, músculos ou articulações. A fibromialgia se deve a uma desregulação do sistema de controle de dor de origem periférico e principalmente central do organismo. Deve-se dizer que a estabilidade desta regulação está intimamente ligada à estabilidade emocional dos pacientes. A nosso entender, a fibromialgia não se enquadra no estabelecido pela lei federal 13.146/2015.(...)”

Considerando que fibromialgia é caracterizada como um adoecimento heterogêneo, ou seja, os sintomas surgem nos pacientes com intensidades, frequências, formas variáveis e flutuam ao longo do tempo; descaracterizando o que diz a lei das deficiências no tocante ao impedimento de participação em igualdade de condições. A fibromialgia evolui em crises. Considerando que a fibromialgia não causa atrofia, deformidades ou insuficiência em qualquer órgão vital. Considerando que o diagnóstico da síndrome é concedido mediante avaliação médica individualizada; mas a caracterização de deficiência será feita por peritos legalmente homologados para tal. Considerando que a literatura médica registra que a maior parte dos portadores de fibromialgia é apta para o trabalho durante a maior parte da vida laboral, e que o trabalho repercute positivamente no tratamento e na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Considerando que não há na literatura médica embasamento técnico e científico robusto que corrobore a presença de deficiência para a maioria dos pacientes com fibromialgia. Diante disso [grifo nosso], a Sociedade Brasileira de Reumatologia não considera a fibromialgia como uma síndrome com deficiência permanente e sem solução, mas sim de incapacidade temporária, enquanto na crise dolorosa. Concorda que as crises podem ser com frequência e duração variável e que durante estas crises podemos ter deficiências específicas de cada paciente, dependendo dos sintomas apresentados. A emissão de um laudo atestando o diagnóstico de fibromialgia é uma responsabilidade que recai sobre o médico assistente. (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2023)

Diante da afirmação desta associação civil científica, tem-se que a fibromialgia não causa deformidades ou insuficiência de órgão vital, mas por ser uma condição de dor crônica generalizada, existe muita dificuldade em medir e classificar o grau de incapacidade nas pessoas acometidas por esta doença, a despeito de se reconhecer que pode acontecer uma queda na qualidade de vida destes pacientes.

A citada entidade afirma ainda que, conforme a literatura mundial, e as Comissões de Fibromialgia, dor e outras Lesões de Partes Moles e de Saúde Ocupacional da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) define-se que a fibromialgia não é doença ocupacional e não leva à incapacidade permanente. Afirma-se, contudo, que sendo uma síndrome dolorosa crônica, os pacientes estão sujeitos a limitações e até mesmo incapacidade temporária, o que será definido pelo médico perito, auxiliado pelas informações fornecidas pelo médico assistente. Assim, de acordo com todo o exposto e a citada entidade, deve-se

avaliar cada caso individualmente para o ateste de deficiência e o consequente usufruto de direitos derivados desta condição.

#### **4. Legislação Correlata**

##### **Legislação Federal:**

- LEI Nº 13.146, DE 06 DE JULHO DE 2015, que “Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)”.
- LEI Nº 14.233, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2021, que “Institui o Dia Nacional de Conscientização e Enfrentamento da Fibromialgia.”

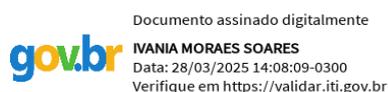
##### **Legislação Estadual:**

- LEI Nº 13.799, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2000, que “Dispõe sobre a política estadual dos direitos da pessoa com deficiência e cria o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência.”
- LEI Nº 23.902, DE 03 DE SETEMBRO DE 2021, que “Dispõe sobre o atendimento prioritário às pessoas que menciona nos serviços de atendimento ao público dos estabelecimentos públicos e privados localizados no Estado.” = art.1º, VIII.
- LEI Nº 24.031, DE 05 DE JANEIRO DE 2022, que “Estabelece diretrizes para o atendimento prestado às pessoas com fibromialgia ou com síndrome da fadiga crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.
- LEI Nº 24.508, DE 16 DE OUTUBRO DE 2023, que “Assegura ao indivíduo com fibromialgia que especifica os direitos e benefícios previstos na Constituição do Estado e na legislação estadual para a pessoa com deficiência.”

##### **Legislação Municipal:**

- LEI Nº 11.235, DE 19 DE JUNHO DE 2020, que “Institui o Dia Municipal da Fibromialgia.”
- LEI Nº 11.416, DE 03 DE OUTUBRO DE 2022, que “Institui a Lei Municipal de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Pessoa com Mobilidade Reduzida.”

Belo Horizonte, 27 de março de 2025



Ivania Moraes Soares  
Consultora legislativa em Ciências Sociais e Políticas  
Divisão de Consultoria Legislativa  
Diretoria do Processo Legislativo  
Ramal 1383

Maria Batista da Silva  
Consultora legislativa de Saúde Pública  
Divisão de Consultoria Legislativa  
Diretoria do Processo Legislativo  
Ramal 1383

## 5. Referências

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MARCELINO, Miguel Abud; VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira. Avaliação da deficiência para acesso a políticas públicas: contribuições para um instrumento unificado de avaliação da deficiência. Brasília, DF: Ipea, mar. 2024. 118 p.

BRASIL. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 163, p. 3, 26 ago. 2009.

BRASIL. Decreto Nº 11.487, de 10 de abril de 2023. Institui o Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 69, p. 3, 11 abr. 2023.

BRASIL. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União : seção 1, Brasília, DF, n. 127, p. 2-11, 7 jul. 2015.

BRASIL. Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 46, 3 out. 2017.

FRANCO, S. Lei Brasileira de Inclusão entra em vigor e beneficia 45 milhões de pessoas. Senado Notícias, Brasília, 21 de jan. de 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/01/21/lei-brasileira-de-inclusao-entra-em-vigor-e-beneficia-45-milhoes-de-brasileiros>. Acesso em 24/03/25.

SANTANNA, B. G.; GOMES, A. C. A revisão da Lei Brasileira de Inclusão à Pessoa com Deficiência (Lei n. 13146/15) e as falhas na sua aplicação. Revista de Iniciação Científica e Extensão da Faculdade de Direito de Franca, Franca, v. 4, n. 1, p. 141-158, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21207/2675-0104.2019.917>. Acesso em 24/03/25.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3007-3015, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413812320152110.15262016>. Acesso em 21/03/25.

VIANA, R. G. C. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/15): avanços e retrocessos. Revista Jurídica UNIGRAN, Dourados, v. 20, p. 83-96, 2018.



CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE  
Avenida dos Andradas 3100 . Santa Efigênia . BH . MG  
[www.cmbh.mg.gov.br](http://www.cmbh.mg.gov.br)  
31 3555.1100