



RBFF **REVISTA BRASILEIRA DE** **FISIOTERAPIA** **FORENSE**

REANÁLISE BIOPSISSOCIAL PERIÓDICA COMO CONDIÇÃO DE MANUTENÇÃO DE BENEFÍCIOS NA FIBROMIALGIA E NAS DORES CRÔNICAS: FUNDAMENTOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS E PERICIAIS

Periodic biopsychosocial reassessment as a condition for benefit maintenance in fibromyalgia and chronic pain: clinical, economic and forensic foundations

Ricardo Wallace das Chagas Lucas

RESUMO

Contexto. A fibromialgia e as síndromes de dor crônica são condições de natureza biopsicossocial, com curso flutuante e desfecho funcional dependente da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. No Brasil, a Lei nº 15.176/2025 passou a admitir a equiparação dessas pessoas à condição de pessoa com deficiência mediante avaliação biopsicossocial multiprofissional, ampliando o acesso a direitos previdenciários e assistenciais. **Objetivo.** Discutir os fundamentos clínicos, econômicos e periciais que sustentam a reanálise biopsicossocial periódica como condição de manutenção desses benefícios, articulada a um dever recíproco de oferta terapêutica pelo Estado. **Método.** Revisão narrativa de literatura e análise documental normativa. **Resultados.** Evidencia-se (i) carga econômica expressiva, dominada por custos indiretos de incapacidade; (ii) lacuna evidência-prática no manejo, com subutilização de intervenções de primeira linha e baixa adesão a diretrizes; (iii) um dever ético-deontológico e de política pública de capacitação individual e multiprofissional; e (iv) base legal e técnica para reavaliação periódica funcional. Propõe-se um modelo recíproco de condicionalidade assistencial-terapêutica, com salvaguardas contra o uso punitivo. **Conclusão.** A reavaliação biopsicossocial periódica, multiprofissional e instrumentalizada é tecnicamente defensável e economicamente racional, desde que indissociável da garantia estatal de tratamento e do contraditório técnico.

Palavras-chave: *fibromialgia; dor crônica; avaliação da deficiência; benefícios por incapacidade; modelo biopsicossocial; perícia.*

ABSTRACT

Background. Fibromyalgia and chronic pain syndromes are biopsychosocial conditions with a fluctuating course whose functional outcome depends on the dynamic interaction of biological, psychological and social factors. In Brazil, Law 15.176/2025 now allows these individuals to be equated to persons with disability upon a multiprofessional biopsychosocial assessment, broadening access to social-security and welfare benefits. **Objective.** To discuss the clinical, economic and forensic grounds supporting periodic

biopsychosocial reassessment as a condition for benefit maintenance, coupled with a reciprocal State duty to provide treatment. **Methods.** Narrative literature review and normative document analysis. **Results.** The evidence shows a substantial economic burden dominated by indirect disability costs, an evidence-practice gap in management, an ethical and public-policy duty of individual and multiprofessional training, and a legal-technical basis for periodic functional reassessment. A reciprocal model of care-treatment conditionality is proposed, with safeguards against punitive use. **Conclusion.** Periodic, multiprofessional, instrument-based biopsychosocial reassessment is technically defensible and economically rational, provided it is inseparable from the guaranteed provision of treatment and from technical due process.

Keywords: *fibromyalgia; chronic pain; disability evaluation; disability benefits; biopsychosocial model; forensic assessment.*

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Fibromiálgica (fibromialgia - FM) é uma síndrome de dor crônica generalizada associada à fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas e sofrimento psíquico, hoje compreendida como um transtorno do processamento central da dor (sensibilização central). No Brasil, estima-se prevalência em torno de 2% a 3% da população — cerca de seis milhões de pessoas segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Reumatologia —, com forte predomínio em mulheres em idade produtiva.

O tema ganhou centralidade jurídica com a Lei nº 15.176/2025, em vigor a partir de janeiro de 2026, que reconhece a fibromialgia e condições correlatas (síndrome da fadiga crônica e síndrome dolorosa regional complexa) como potencialmente equiparáveis à condição de pessoa com deficiência. Ponto decisivo: a lei não confere direitos de forma automática — a equiparação depende de avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional, nos moldes do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

Coloca-se, então, uma questão de política de saúde e de perícia que este artigo enfrenta diretamente: se a deficiência funcional na FM é dinâmica e potencialmente modificável pelo tratamento, a concessão de benefícios assistenciais e previdenciários sem reavaliação periódica padronizada é tecnicamente sustentável? A tese aqui defendida é que não — e que a reanálise biopsicossocial periódica deve ser a regra, desde que acoplada a um dever estatal recíproco de oferta de tratamento adequado, sob pena de transformar reavaliação em mecanismo punitivo.

2. MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa da literatura, complementada por análise documental normativa. Foram consultadas bases internacionais (PubMed/MEDLINE, ScienceDirect) e fontes brasileiras (SciELO, diretrizes de sociedades médicas e legislação federal), priorizando revisões sistemáticas, diretrizes de prática clínica e estudos de custo da doença. A análise normativa abrangeu a Lei nº 8.213/1991 (art. 43), a Lei nº 13.146/2015 e a Lei nº 15.176/2025. Por se tratar de revisão e posicionamento, não houve coleta de dados primários nem submissão a comitê de ética.

3. A DOR CRÔNICA COMO FENÔMENO BIOPSISSOCIAL DINÂMICO

O modelo biopsicossocial, formulado por Engel (1977) e consolidado para a dor crônica por Gatchel e colaboradores, compreende a dor como experiência pessoal emergente da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. A 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, OMS, 2001) incorporam essa

lógica: a incapacidade não é um atributo fixo do indivíduo, mas o resultado da interação entre a condição de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais (barreiras e facilitadores).

Duas consequências decorrem dessa premissa. Primeira: como a deficiência funcional é resultado de uma interação, ela é, por definição, variável no tempo — catastrofização, cinesiofobia, isolamento social, comorbidades de humor e barreiras ambientais modificam o desfecho funcional, para melhor ou para pior. Segunda: instrumentos de avaliação devem capturar essa funcionalidade dinâmica, e não apenas o diagnóstico. Daí a centralidade de instrumentos como o FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) e o WHODAS 2.0, este último alinhado à CIF e adotado como base da avaliação biopsicossocial da deficiência.

Se a funcionalidade é dinâmica, a fotografia pericial feita no momento da concessão perde validade ao longo do tempo. Uma avaliação realizada num episódio de agudização não representa o estado funcional doze ou vinte e quatro meses depois — nem para pior, nem para melhor. É precisamente essa propriedade do fenômeno que fundamenta tecnicamente a reavaliação periódica.

4. O ÔNUS ECONÔMICO E A DOMINÂNCIA DOS CUSTOS DE INCAPACIDADE

A FM impõe carga econômica expressiva a sistemas de saúde e à sociedade. Revisões sistemáticas apontam ampla variação de custos diretos, mas convergem em um achado decisivo: os custos indiretos — perda de produtividade, absenteísmo, presenteísmo e incapacidade — superam os diretos e crescem com a gravidade, podendo responder por mais de três quartos do custo total nos quadros graves.

Tabela 1. Síntese de estimativas de carga econômica da fibromialgia

INDICADOR / ESTUDO	ACHADO	IMPLICAÇÃO
Revisão sistemática internacional (2022)	Custo direto anual por paciente de US\$ 1.750 a US\$ 35.920 (EUA) e US\$ 1.250 a US\$ 8.504 (Europa); medicamentos como principal componente.	Heterogeneidade e alto custo.
Custos por gravidade (EUA)	Custos indiretos representam de 52% a 78% do custo total, crescendo com a gravidade do quadro.	O ônus está na perda de função, não no fármaco.
Base de sinistros de empregadores	Para cada US\$ 1 em sinistro específico de fibromialgia, gastam-se de US\$ 57 a US\$ 143 em custos diretos e indiretos adicionais.	Custos ocultos da incapacidade e comorbidades.
Estimativa agregada (EUA)	Custo societal estimado em US\$ 12–14 bilhões/ano; ~25% dos pacientes recebem algum tipo de benefício por incapacidade.	Magnitude macroeconômica relevante.

Fontes: revisão sistemática internacional (2022, PMID 35849890); estudos de custo por gravidade (EUA); base de sinistros de empregadores; estimativas societais agregadas. Valores em dólares dos respectivos anos; ver Referências. Dados brasileiros de custo direto/indireto da FM permanecem escassos — lacuna que reforça a necessidade de monitoramento nacional.

A leitura periciais e de política pública é direta: o componente mais caro da FM não é o medicamento, mas a incapacidade prolongada e o afastamento do trabalho. Isso reorienta o problema. Reduzir custo não significa, prioritariamente, cortar benefício — significa reduzir a incapacidade evitável por meio de tratamento eficaz e reabilitação. Um sistema que paga o benefício mas não trata adequadamente perpetua justamente o componente de custo mais elevado.

No plano previdenciário brasileiro, dados do INSS divulgados em 2024–2025 sobre as revisões de benefícios por incapacidade ilustram a escala fiscal envolvida: das perícias de revisão de auxílio por incapacidade temporária realizadas no ciclo de 2024, parcela superior à metade resultou em cessação ou

conversão, com economia anunciada na casa de bilhões de reais. Esses números, todavia, devem ser lidos com cautela metodológica (item 10): cessação administrativa não equivale, por si só, a recuperação funcional comprovada.

5. A LACUNA EVIDÊNCIA-PRÁTICA NO MANEJO DA DOR CRÔNICA

Há consenso internacional (EULAR) e nacional (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2025) de que o manejo da FM deve ser interdisciplinar e centrado no paciente, com exercício físico e educação como intervenções de primeira linha, e farmacoterapia reservada e individualizada. A distância entre essa recomendação e a prática real é o cerne do problema — e é estrutural, não moral.

Tabela 2. Lacuna evidência-prática no manejo da fibromialgia

DIMENSÃO DO CUIDADO	O QUE A EVIDÊNCIA RECOMENDA	LACUNA ESTRUTURAL OBSERVADA
Eixo terapêutico	Exercício e educação como intervenções de primeira linha (maior nível de recomendação nas diretrizes EULAR e SBR).	Predomínio da prescrição farmacológica isolada como “solução fácil” em atenção primária sobrecarregada.
Adesão a diretrizes	Manejo interdisciplinar estruturado, centrado no paciente, com educação e metas realistas.	Adesão a diretrizes frequentemente abaixo de 35% em séries internacionais; polifarmácia.
Diagnóstico	Reconhecimento precoce e diferenciação do mecanismo de dor (sensibilização central).	Atraso diagnóstico de anos e itinerário fragmentado até o especialista (dados EpiFibro, Brasil).
Cuidado multiprofissional	Equipe multiprofissional (fisioterapia, psicologia, medicina, educação física).	Oferta multiprofissional escassa e descontínua no SUS; ausência de monitoramento de desfecho funcional.
Reavaliação funcional	Acompanhamento longitudinal com instrumentos validados (FIQ, WHODAS 2.0).	Concessão de benefício sem reavaliação funcional padronizada e periódica.

Ref. Síntese a partir de diretrizes EULAR e SBR (2025), estudos de adesão a diretrizes e do banco de dados nacional EpiFibro (Brasil). “Lacuna estrutural” refere-se a falhas de sistema (acesso, financiamento, formação, organização do cuidado), não a desempenho individual.

Os mecanismos dessa lacuna são conhecidos: atenção primária sobrecarregada que recorre à prescrição como solução de menor esforço; oferta escassa e descontínua de programas multiprofissionais e de exercício supervisionado no SUS; atraso diagnóstico que cronifica a sensibilização central; e ausência de monitoramento sistemático de desfecho funcional. O resultado agregado é um paciente subtratado, frequentemente polimedicado, cuja incapacidade se consolida não por inevitabilidade biológica, mas por falha de cuidado.

É aqui que a crítica deve ser precisa para ser legítima: o sistema falha em entregar o tratamento que sua própria evidência prescreve. Atribuir esse fracasso à “incompetência” de profissionais isolados é empiricamente frágil e desvia o foco das causas reais — e, no limite, seria juridicamente temerário. A responsabilização pertinente é sistêmica e gestora.

6. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E O DEVER DE CAPACITAÇÃO INDIVIDUAL E MULTIPROFISSIONAL

A constatação de que a lacuna de manejo é estrutural (item 5) não dissolve a responsabilidade profissional — apenas a coloca em seu devido lugar. Dois deveres coexistem e não competem entre si: o dever do sistema de criar as condições de competência e o dever de cada profissional de buscá-la ativamente. Caracterizar o primeiro não autoriza ignorar o segundo.

No plano deontológico, esse dever é expresso. O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013) determina, em seu art. 8º, que o profissional deve *atualizar e aperfeiçoar* continuamente seus conhecimentos técnico-científicos, inserindo-se em programas de educação continuada e permanente, amparado nos princípios da beneficência e da não maleficência. O art. 5º acrescenta que o profissional só deve assumir encargo quando capaz de desempenho seguro ao paciente. Em conjunto, esses dispositivos convertem a competência no manejo da dor crônica de erudição opcional em **dever ético-deontológico**. Deveres análogos constam dos códigos de ética das demais profissões de saúde envolvidas no cuidado da síndrome.

A dimensão multiprofissional acrescenta um ponto decisivo e frequentemente negligenciado: a responsabilidade individual **não se dilui** no trabalho em equipe. O art. 3º do código profissional estabelece que a responsabilidade por erro não é diminuída quando cometido no âmbito de uma instituição ou de uma equipe. A fibromialgia exige uma competência que nenhuma profissão isolada detém integralmente — a equipe multiprofissional é, ela própria, a unidade de competência —, mas cada integrante permanece responsável por sua parcela técnica. Competência coletiva não é álibi para incompetência individual, nem vice-versa.

Esse dever individual encontra correspondência em política pública. A Lei nº 15.176/2025, ao instituir diretrizes de incentivo à formação de profissionais especializados e de capacitação das equipes de saúde, eleva a capacitação da esfera ética para a esfera de obrigação estatal. Os dois planos se encontram no modelo recíproco defendido neste artigo (item 8): o dever do Estado de “ofertar tratamento adequado” é letra morta se a força de trabalho não estiver habilitada a entregá-lo. Capacitação, portanto, não é acessório — é condição de possibilidade do próprio direito ao tratamento.

Tabela 4. Níveis de responsabilidade no manejo competente da fibromialgia

NÍVEL	DEVER DE COMPETÊNCIA	EFEITO DELETÉRIO DA OMISSÃO
Individual	Buscar atualização e aperfeiçoamento contínuos (COFFITO Res. 424/2013, art. 8º); só assumir encargo quando capaz de desempenho seguro (art. 5º).	Subtratamento, troca de intervenções de 1ª linha por polifarmácia, iatrogenia e perda de confiança terapêutica.
Multiprofissional	Operar como unidade de competência integrada; a responsabilidade por erro não se dilui na equipe (art. 3º).	Cuidado fragmentado, condutas contraditórias e ausência de plano terapêutico coerente.
Institucional / SUS	Estruturar programas multiprofissionais e de exercício supervisionado; ofertar educação permanente.	Diretrizes que existem no papel, mas não chegam ao paciente; cronificação evitável.
Estado	Cumprir a diretriz legal de capacitação e formação de especialistas (Lei nº 15.176/2025).	Dever de “ofertar tratamento” torna-se vazio se a força de trabalho não está habilitada a entregá-lo.

A responsabilidade é compartilhada e ascendente: do indivíduo ao Estado. Apontar apenas o profissional é injusto; absolvê-lo também é incorreto. Os níveis são complementares, não excludentes.

6.1 Os efeitos deletérios da omissão

A recusa — ou a simples inércia — diante do dever de capacitação produz danos encadeados, que conectam diretamente este item ao argumento econômico (item 4) e à perícia (item 9):

- **Cronificação evitável.** Atraso diagnóstico e itinerário fragmentado prolongam a sensibilização central, transformando quadro potencialmente manejável em incapacidade consolidada.
- **Iatrogenia.** A substituição das intervenções de primeira linha (exercício e educação) por polifarmácia isolada expõe o paciente a eventos adversos, interações e dependência, sem atacar o mecanismo da dor.
- **Encarecimento do componente mais caro.** A incapacidade evitável — justamente o maior item de custo (item 4) — é perpetuada por cuidado tecnicamente inadequado; paga-se o benefício sem reduzir a causa do gasto.
- **Erosão da aliança terapêutica.** Em uma população historicamente descrente (“doença que não aparece em exame”), o despreparo reforça a desconfiança e a revitimização, comprometendo a adesão.
- **Fragilização da própria perícia.** Avaliação conduzida sem competência específica gera laudos pouco confiáveis — minando exatamente a reavaliação periódica que este artigo defende. Capacitação pericial é pré-requisito de reavaliação defensável.

Em síntese, o dever de capacitação é o elo que sustenta todo o modelo: sem profissionais e equipes habilitados, nem o tratamento adequado nem a reavaliação biopsicossocial confiável se realizam. A responsabilidade por buscá-la é, a um só tempo, individual, multiprofissional, institucional e estatal.

7. BASE LEGAL E TÉCNICA DA REAVALIAÇÃO PERIÓDICA

A reavaliação periódica de benefícios por incapacidade não é inovação: o art. 43 da Lei nº 8.213/1991 já prevê a revisão periódica, e o INSS opera programas de reavaliação. A novidade trazida pela Lei nº 15.176/2025 é qualitativa: ao exigir avaliação biopsicossocial multiprofissional para equiparar a pessoa com FM à pessoa com deficiência, a norma desloca o eixo da perícia exclusivamente médica para a avaliação funcional multiprofissional, em sintonia com a CIF e com o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Há, porém, um limite legal relevante a respeitar: alterações recentes na legislação dispensam de revisão periódica obrigatória os casos em que a própria perícia reconheceu incapacidade permanente, irreversível ou irrecuperável. A proposta de reavaliação periódica, portanto, dirige-se aos quadros com potencial de modificação funcional — não aos casos definitivos, cuja convocação rotineira seria não apenas desnecessária, mas violenta.

Tecnicamente, a reavaliação deve ser funcional e padronizada, não um mero reexame de diagnóstico. Diagnóstico de FM não cessa; funcionalidade muda. Avaliar a manutenção do benefício é avaliar a persistência da restrição de participação e da limitação de atividade — mensuráveis por instrumentos como WHODAS 2.0 e FIQ, e graduáveis por escores multiprofissionais baseados na CIF.

8. PROPOSTA: CONDICIONALIDADE RECÍPROCA, NÃO PUNITIVA

A proposta central deste artigo é vincular a manutenção do benefício a uma reavaliação biopsicossocial periódica. Para ser tecnicamente honesta e eticamente defensável, essa condicionalidade precisa enfrentar a evidência internacional sobre condicionalidade de benefícios (welfare conditionality), que é, no mínimo, ambígua.

Revisões internacionais sobre condicionalidade aplicada a pessoas com deficiência sintetizam que sanções por descumprimento têm efeito nulo ou mesmo negativo sobre o retorno ao trabalho e podem levar ao desamparo e à piora da saúde mental. Em condições como a FM, isso é agravado por dois fatos

clínicos incômodos: a eficácia do tratamento é parcial e variável, e o exercício — intervenção de primeira linha — pode aumentar a dor em parcela relevante de pacientes (estimada em torno de 30%) por disfunção dos mecanismos moduladores. Condicionar benefício à “melhora” seria, nesses casos, punir o paciente por uma limitação do próprio tratamento.

A saída é a condicionalidade recíproca: o que se exige do beneficiário tem como contrapartida obrigatória um dever estatal correlato. O beneficiário se compromete com a reavaliação e com o engajamento terapêutico possível; o Estado se obriga a ofertar, de forma efetiva e tempestiva, o tratamento que sua própria evidência recomenda. Sem oferta comprovada de tratamento, descabe exigir adesão — e descabe cortar benefício por sua ausência.

Tabela 3. Modelo de condicionalidade recíproca assistencial-terapêutica

EIXO	DEVER DO BENEFICIÁRIO	DEVER CORRELATO DO ESTADO	SALVAGUARDA
Tratamento	Engajar-se em plano terapêutico baseado em evidência (exercício, educação, manejo multiprofissional).	Ofertar efetivamente o tratamento adequado, acessível e tempestivo pelo SUS.	Sem oferta comprovada, não há exigência de adesão.
Reavaliação	Comparecer à reavaliação biopsicossocial periódica.	Realizar reavaliação multiprofissional padronizada, não meramente médica.	Periodicidade individualizada conforme prognóstico.
Continuidade	Documentar evolução funcional por instrumentos validados.	Custear e estruturar a avaliação; vedar corte automático.	Decisão fundamentada e contraditório técnico.
Cessação	Aceitar reabilitação/retorno gradual quando houver recuperação funcional comprovada.	Garantir transição assistida (reabilitação profissional), não desligamento abrupto.	Quadros permanentes/irreversíveis dispensados de revisão.

Modelo proposto. A coluna “dever correlato do Estado”   condição de validade da exigência feita ao beneficiário: a condicionalidade s    legítima se a contrapartida estatal for cumprida.

Esse desenho responde simultaneamente à racionalidade econ mica (item 4) e   objeção  tica: ataca o componente de custo mais caro — a incapacidade evitável — investindo em tratamento, e usa a reavaliação para ajustar o benefício   funcionalidade real, sem convertê-la em instrumento de mera contenção fiscal. A reavaliação deixa de ser “pente-fino” e passa a ser um ciclo de cuidado com prestação de contas bidirecional.

9. O LUGAR DA PERÍCIA BIOPSIKOSSOCIAL MULTIPROFISSIONAL

A operacionalização do modelo exige um instrumento pericial   altura do fen meno: multiprofissional, baseado na CIF, padronizado, auditável e reprodu  vel. A perícia exclusivamente médica, centrada no diagnóstico e no exame físico pontual, é insuficiente para capturar a funcionalidade biopsicossocial dinâmica que a Lei n  15.176/2025 exige avaliar.

Nesse sentido, escores biopsicossociais estruturados a partir dos componentes da CIF — funções e estruturas do corpo, atividades e participação, fatores ambientais — oferecem um caminho para graduar a deficiência funcional de modo transparente e longitudinalmente comparável, distribuindo a avaliação por especialidades conforme os capítulos B (funções) e S (estruturas) e os domínios d (atividade/participação) e e (ambiente). A premissa metodológica inegociável é a ausência de fabricação de dados e a

rastreabilidade de cada juízo técnico — condição para que a reavaliação periódica seja defensável em juízo e resista ao contraditório.

Ressalva de escopo. A adoção de qualquer instrumento ou escore específico deve ser apresentada pelo que é — proposta metodológica em construção e validação —, sem afirmar ou sugerir reconhecimento formal ou adoção generalizada pela comunidade de saúde ou jurídica que não esteja documentado. A força do argumento está no método e na transparência, não em alegações de autoridade.

10. LIMITAÇÕES E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- **Risco de estigmatização.** Pessoas com FM enfrentam histórico de descrédito (“doença que não aparece em exame”). Qualquer discurso de reavaliação deve evitar reforçar a narrativa de simulação; a dor é real e o sofrimento é mensurável em seus efeitos funcionais.
- **Cessação ≠ recuperação.** Indicadores de cessação administrativa não comprovam, isoladamente, recuperação funcional; podem refletir barreiras de acesso à reavaliação ou critérios restritivos. Devem ser interpretados com cautela metodológica.
- **Eficácia terapêutica parcial.** Não há tratamento curativo para a FM; a meta é funcional. Exigir desfecho de “cura” é clinicamente inadequado.
- **Quadros definitivos.** Casos de incapacidade permanente/irreversível devem ser dispensados de reavaliação rotineira, em respeito à dignidade e à legislação vigente.
- **Natureza do estudo.** Revisão narrativa, sujeita a viés de seleção; os achados de custo prov  m majoritariamente de contextos não brasileiros, dada a escassez de dados nacionais.

11. CONCLUSÃO

A fibromialgia e as dores cr  nicas são fen  menos biopsicossociais dinâmicos cuja expressão funcional varia no tempo. Essa propriedade, somada à dominância dos custos de incapacidade e    lacuna estrutural no manejo, sustenta tecnicamente a reanálise biopsicossocial per  dica como condição de manutenção de benefícios. A legitimidade dessa condicionalidade, contudo, depende de sua reciprocidade: ela só se justifica se o Estado, em contrapartida, garantir o tratamento que sua própria evidência prescreve, preservar o contraditório técnico e dispensar os quadros definitivos.

A **reavaliação per  dica** deve ser, portanto, **multiprofissional**, baseada na CIF, instrumentalizada e auditável — um ciclo de cuidado com prestação de contas bidirecional, e não um instrumento de contenção fiscal disfarçado de perícia. Assim concebida, ela alinha racionalidade econ  mica, rigor técnico e justiça: reduz a incapacidade evitável tratando-a, e ajusta o benefício    funcionalidade real sem desamparar quem dele depende.

Referências

- ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.
- BEVERS, K.; WATTS, L.; KISHINO, N. D.; GACHEL, R. J. The biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. *US Neurology*, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS, 2001.
- EUROPEAN PAIN FEDERATION (EFIC). The biopsychosocial model of pain and the ICD-11. Disponível em: europeanpainfederation.eu. Acesso em: jun. 2026.
- MACFARLANE, G. J. et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 76, n. 2, p. 318–328, 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Brazilian Society of Rheumatology's fibromyalgia treatment guidelines – part I: monitoring and non-pharmacological management. *Advances in Rheumatology*, 2025. DOI: 10.1186/s42358-025-00507-x.
- The economic burden of fibromyalgia: a systematic literature review. 2022. PubMed PMID: 35849890. [Confirmar periódico e autoria.]
- CHANDRAN, A. et al. The comparative economic burden of mild, moderate, and severe fibromyalgia. *Journal of Managed Care Pharmacy*, v. 18, n. 6, p. 415–426, 2012.
- ROBINSON, R. L. et al. Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *Journal of Rheumatology*, 2003. PubMed PMID: 12784409. [Confirmar autoria/volume.]
- GEIGER, B. B. Benefits conditionality for disabled people: stylised facts from a review of international evidence and practice. *Journal of Poverty and Social Justice*, v. 25, n. 2, p. 107–128, 2017.
- GRUPO EpiFibro. EpiFibro – um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia: análise inicial de 500 mulheres. *Revista Brasileira de Reumatologia*. [Confirmar autoria/ano/volume – SciELO.]
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social (art. 43 – revisão periódica).
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão).
- BRASIL. Lei nº 15.176, de 23 de julho de 2025. Reconhece a fibromialgia e condições correlatas e dispõe sobre sua equiparação à pessoa com deficiência mediante avaliação biopsicossocial. Vigência: jan. 2026.
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social. Dados de revisão de benefícios por incapacidade (ciclo 2024). Divulgação oficial e cobertura jornalística, 2024–2025. [Verificar fonte primária do dado numérico citado.]
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (arts. 3º, 5º e 8º).
- LUCAS, R. W. C. Definição de Fisioterapia Forense. 2023. [Referência do autor – confirmar dados de publicação.]
- LUCAS, R. W. C.; SANTOS JUNIOR. ADC-CIF Score Biopsicossocial. 2025. [Referência do autor – confirmar periódico/volume/páginas.]
- PASCHOETO; LUCAS, R. W. C. Método de gradação concausal proporcional. *Revista Brasileira de Fisioterapia Forense (RBFF)*, v. 1, n. 3, 2025. [Confirmar páginas/DOI.]

Contato – contato@periciabiopsicossocial.org