



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Educação Física e Desportos

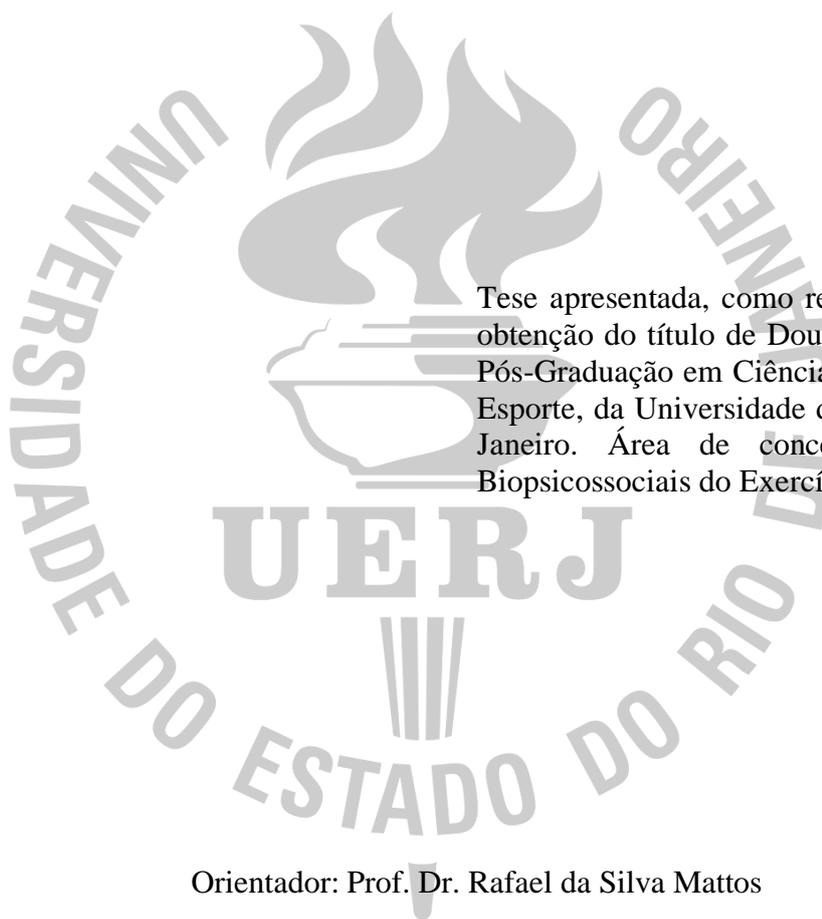
Leonardo Hernandes de Souza Oliveira

**Práticas corporais e o tratamento interdisciplinar de pessoas com
fibromialgia: a dádiva do cuidado**

Rio de Janeiro
2021

Leonardo Hernandes de Souza Oliveira

**Práticas corporais e o tratamento interdisciplinar de pessoas com
fibromialgia: a dádiva do cuidado**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silva Mattos

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEH/B

O48 Oliveira, Leonardo Hernandes de Souza.
Práticas corporais e o tratamento interdisciplinar de pessoas com fibromialgia : a dávida do cuidado / Leonardo Hernandes de Souza Oliveira. – 2021.
249 f. : il.

Orientador: Rafael da Silva Mattos.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Educação Física e Desportos.

1. Fibromialgia - Teses. 2. Acompanhamento terapêutico – Teses. 3. Pessoal da área médica - Teses. 4. Fibromialgia – Pacientes – Teses. 5. Cuidados – Teses. 6. Fibromialgia – Tratamento – Teses. I. Mattos, Rafael da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU 616-002.772

Bibliotecária: Mirna Lindenbaum. CRB7 4916

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Leonardo Hernandes de Souza Oliveira

Práticas corporais e o tratamento interdisciplinar de pessoas com fibromialgia: a dádiva do cuidado

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico.

Aprovado em 18 de fevereiro de 2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Rafael Mattos (Orientador)

Instituto de Educação Física e Desportos – UERJ

Prof. Dra. Jaqueline Teresinha Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Tereza Claudia de Andrade Camargo

Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Wecisley Ribeiro do Espírito Santo

Instituto de Educação Física e Desportos – UERJ

Prof. Dr. Silvio de Cassio Costa Telles

Instituto de Educação Física e Desportos – UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese aos meus avôs Nilson Hernandes e Antonio Grossi por terem participado intensamente da minha formação em todas as fases da minha vida. Infelizmente faleceram em abril de 2015 e agosto de 2020, respectivamente. Obrigado por todos os ensinamentos, amizade, carinho e inúmeros momentos incríveis que passamos juntos.

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer em primeiro momento aos meus pais, Ricardo Rodrigues e Tania Mara, por todo o incentivo, amor e apoio nas questões da vida pessoal e também na formação acadêmica e educacional. Afirmo com total clareza que se não fosse o empenho, confiança e visão de mundo deles, eu certamente não estaria próximo de finalizar o doutorado em Ciências do Exercício e do Esporte na UERJ. Desde moleque eu sempre fui incentivado a estudar. Seria um absurdo afirmar que estou no doutorado por conta de méritos individuais apenas, pois de certa forma me possibilitaram tal oportunidade. A verdadeira gratidão reside aqui, **MUITO OBRIGADO!**

Para além dos meus pais, sempre existiu na minha casa outra figura de inspiração, confiança e parceria, o meu irmão Ricardo Junior! Uma das pessoas mais brilhantes que já conheci em toda a minha vida. Atualmente ele é Doutor pela UFRJ e já cumpriu o estágio de Pós-Doc na Alemanha, mas nada disso reduziu a humildade e sabedoria popular dele. Aos poucos tento trilhar os caminhos percorridos por ele. Obrigado pelo incentivo, amizade e ensinamentos. Aproveito para agradecer também outra mente cabeçuda e brilhante, a minha cunhada Letícia. Assim como o meu irmão é uma fonte frequente de inspiração.

Um agradecimento muito especial a minha namorada, parceira de profissão e futura esposa, Stephany de Sá Nascimento. Outra mente brilhante que tive a oportunidade de conhecer e estou tendo de conviver por muitos anos. É o tipo de pessoa que está sempre disposta a te levantar ou acreditar em você nos momentos mais difíceis. Quando trilha-se um caminho ao lado da pessoa que ama, pode ter certeza que os obstáculos tornam-se menores. Licenciatura, bacharelado, mestrado e por agora também o doutorado. **SEMPRE JUNTOS!** Obrigado pelo carinho, amor, confiança e por todos os ensinamentos. Pode ter certeza que o nosso amor fez este momento se tornar realidade.

Não poderia deixar de agradecer em hipótese alguma ao meu amigo e orientador Rafael Mattos. Além de ser um professor exemplar, é um ser humano ímpar. Obrigado pela paciência, incentivo e confiança. Por agora finalizamos um grande passo que se iniciou bem devagar ainda no TCC de 2013. Agradeço neste momento também a todos os professores e professoras que aceitaram participar da banca: Jaqueline, Silvio, Wecisley, Tereza, Dirceu e Michele.

Aos meus primos, Júlios César e Marcos, pela amizade, resenhas e parcerias. Na verdade, não são primos, mas verdadeiros irmãos. Em certo momento do doutorado os dois foram cruciais para eu seguir de pé.

Sou grato também a minha tia Verônica, pelo carinho, amor e confiança. Assim como meus pais sempre apostou na educação como ferramenta de transformação.

Aos meus sogros Sandra e Edmilson, pelo carinho, confiança e paciência por todos esses anos. Me ajudaram bastante durante o mestrado e doutorado. Ao meu amigo e cunhado Luiz, pelas resenhas, amizade e confiança. Outra figura importante na minha vida e também da Stephany. Às vezes as pessoas não têm noção da importância delas em determinados momentos da vida dos outros, principalmente na trajetória estressante que é o doutorado. Não poderia esquecer do meu grande amigo Peppo, fonte de alegria constante!

Aos amigos e parceiros de profissão do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física que tive o imenso prazer de trabalhar e conviver por anos! Eu gostaria de destacar três figuras exemplares em termos profissionais e humanitários: professor Sílvio e professoras Lúcia e Jerusa. Acompanhados do professor Rafael, foram as pessoas que mais contribuíram na minha trajetória e história pela UERJ. Tenho a total certeza que o meu primeiro passo no estágio do Projeto de Fibromialgia, ainda lá por 2011, proporcionou o momento atual. Destaco também os professores Cláudio e Renata, por todo incentivo e aprendizado. GRATO!

Como não agradecer às pacientes do Projeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia” da UERJ? Meu muito obrigado às pacientes que aceitaram participar do estudo e confiaram na minha pessoa. Todas disponibilizaram um tempo de suas rotinas e vidas para contribuir com o presente estudo. Tenham a total certeza que sempre aprendi muito com vocês e também com o Projeto como um todo. Um muito obrigado aos profissionais que trabalham e colaboram com a interdisciplinaridade do Projeto, pela contribuição profissional e no estudo.

Apesar da distância, um agradecimento aos amigos desde os tempos de escola: Felipe Gomes, Fábio, Diego Pimentel, Thiago Gama, Henrique Teixeira, Leonardo Froes, Cosme, Christiano, Thiago, Leonardo Rosa e Marcelo. A minha amiga uerjiana Thais Nascimento, pelas resenhas, confiança e amizade.

Não posso deixar de agradecer, apesar da distância, aos mais diversos camaradas que fiz na UERJ: Rômulo Lanza, Blena, Dioguito, Mychel, Raphael Manzollilo, Yuri Lopes, Yuri

Guimarães, Rodrigo Silva, Daniel, Rodolfo, Pedro Cherem, Guilherme França, Fabiano Pereira, Lucas Paulista, Lucas Valente e Gustavo Machado.

Aos amigos Pedro Dias, Gustavo Guttler, Douglas Nunes, Gabriel Vianna e Rodrigo Babão, pela amizade e parceria que já dura mais de uma década. São camaradas que fiz na graduação de 2010 e tenho a total certeza que a amizade perdurará para a eternidade. Falo com propriedade que são os que estão comigo desde o primeiro momento que pisei na UERJ e na confeitaria loreninha.

Ao casal que me serve como fonte de amizade e inspiração em todos os âmbitos, Hélder Santos e Letícia Machado. Foram e continuam sendo importantíssimos na minha vida.

Aos amigos Diogo Brito e Vinícius de Souza Nogueira (vulgo 2G), pela amizade, fonte de inspiração e resistência. Os melhores diálogos políticos e sociais sempre com vocês!

Aos amigos e amigas Ary, Fernanda e Eliane do PPGCEE – RESISTÊNCIA – UERJ. Grato pelos mais diversos momentos compartilhados nas aulas, congressos e palestras. Apesar do tamanho, conseguimos construir um grupo bastante coeso no mestrado e doutorado. SEGUIMOS!

Aos amigos que tive o enorme prazer de conhecer e conviver de modo mais tardio na UERJ: Matheus Memére, Matheus Araújo, Daniel Cohen, Mini Karl e Yuri Albuquerque. São camaradas que estou próximo há pelo menos uns 5-6 anos nas mais diversas resenhas e encontros, principalmente na confeitaria loreninha.

Ao amigo conterrâneo de Catumbi Caio Gomes, vítima da violência patética, pífia e ridícula que domina o Rio de Janeiro. Tive a oportunidade de ter sido seu professor (2016) e aconselhá-lo em momentos diversos, onde você teve maturidade e hombridade para reconhecer e ressignificar suas ações.

Ao eterno amigo Claudeir Rosa que infelizmente também nos deixou no problemático ano de 2020. Sempre procurou me ajudar na UERJ, tanto no serviço da xerox quanto nas resenhas diversas. Fica sempre um sentimento de que era possível ter feito algo, mas infelizmente agora é tarde. Descanse em paz, meu amigo. Aproveito para finalizar agradecendo aos companheiros Marcelinho e Beto, também amigos dos tempos de UERJ.

RESUMO

OLIVEIRA, Leonardo Hernandes de Souza. *Práticas corporais e o tratamento interdisciplinar de pessoas com fibromialgia: a dádiva do cuidado*. 2021. 249 f. Tese (Doutorado em Ciências do Exercício e do Esporte) – Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática caracterizada principalmente por dor musculoesquelética crônica e difusa. Trata-se de um acometimento de uma classe de desordens que apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos à racionalidade médica ocidental, principalmente por conta da dor crônica. Os processos de interação social, nos âmbitos familiar, médico e laboral, promovem relações constrangedoras e de ilegitimidade, com ausência de reconhecimento. Os pacientes não são interpretados no pressuposto do fato social total. Estudos ressaltam o papel do tratamento interdisciplinar (TI) e das práticas corporais de saúde (PCS) no tratamento da síndrome. As PCS compreendem o movimento humano dotado de relações sociais de cuidado em saúde e acolhimento, enquanto o TI possibilita uma melhor compreensão dos pacientes em termos sociais, psicológicos e físicos. A teoria da dádiva, a partir dos atos de dar, receber e retribuir bens de cuidado, fornece reconhecimento e legitimidade ao processo saúde-doença da FM, alinhada ao pressuposto de totalidade do fato social. A Tese do estudo sustenta o TI e as PCS como circuitos de legitimidade e reconhecimento, onde ocorrem a troca de dádivas de cuidado em saúde, entre profissionais de saúde e pacientes com FM. O profissional de saúde oferece o cuidado em saúde no tratamento ao paciente, que, por sua vez, recebe este dom e retribui dando continuidade ao circuito. O objetivo é compreender o TI e as PCS para pacientes com FM como um sistema de troca de dádivas de cuidado em saúde que se estabelece entre os pacientes e os profissionais de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado no Projeto “Tratamento Interdisciplinar para pacientes com fibromialgia” (TIF) mediante entrevistas abertas e observações em campo com 8 pacientes diagnosticadas com FM e questionário semiestruturado com 9 profissionais de saúde. Participaram do estudo as pacientes que ingressaram em 2019 no TIF e os profissionais de saúde envolvidos com o TIF. A Análise do Conteúdo temática construiu três categorias: “Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: práticas de cuidado e acolhimento”, “Constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde” e “Corpo, saúde e dor crônica a partir da inserção no tratamento interdisciplinar”. O TIF estruturou-se enquanto espaço de práticas de cuidado em saúde e acolhimento, em termos de territorialização, descentralização e atenção à saúde. A constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde ocorreu mediante um deslocamento ao próximo na trama relacional, dom da hospitalidade, dom do reconhecimento e dom da conversação. Novos usos sociais do corpo, da saúde e dor crônica na inserção no TIF foram proporcionados. Conclui-se que o TI e as PCS são espaços construídos no encontro entre as pacientes e os profissionais de saúde, a partir do ciclo da tripla obrigação de dar, receber e retribuir dádivas de cuidado, resultando em usos sociais mais saudáveis e legítimos do corpo e da dor, processos de interação social na esteira do reconhecimento da eficácia simbólica e no pressuposto de totalidade do fato social em termos do processo saúde-doença da FM.

Palavras-chave: Fibromialgia. Práticas corporais de saúde. Tratamento interdisciplinar.

Dádiva. Cuidado em saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Leonardo Hernandes de Souza. *Corporal practices and the interdisciplinary treatment of people with fibromyalgia: the gift of care*. 2021. 249 f. Tese (Doutorado em Ciências do Exercício e do Esporte) – Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Fibromyalgia (FM) is a rheumatic syndrome characterized by chronic and diffuse musculoskeletal pain. It is an affection of a class of disorders that presents diagnostic and therapeutic challenges to Western medical rationality, mainly due to chronic pain. The processes of social interaction, in the family, medical and work spheres, promote embarrassing and illegitimate relationships, with a lack of recognition. Patients is not interpreted under the assumption of the total social fact. Studies highlight the role of interdisciplinary treatment (IT) and corporal practices of health (CPH) in the treatment of the syndrome. CPH comprise the human movement endowed with social relationships of health care and reception, while IT allows a better understanding of patients in social, psychological and physical terms. The theory of gift, based on the acts of giving, receiving and giving back care goods, provides recognition and legitimacy to the health-disease process of FM, in line with the assumption of the totality of the social fact. The study's thesis supports IT and PCS as circuits of legitimacy and recognition, where gifts of health care are exchanged between health professionals and patients with FM. The health professional offers health care in the treatment of the patient, who, in turn, receives this gift and reciprocates by continuing the circuit. The objective is to understand the IT and CPH for patients with FM as a system for the exchange of gifts health care that is established between patients and health professionals. This is a qualitative study carried out in the Project "Tramamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia" (TIF) through the application of an open interview and field observation with 8 patients diagnosed with FM and a semi-structured questionnaire with 9 health professionals. Participated in the study the patients who entered the TIF in 2019 and the health professionals involved with TIF. The categorical Content Analysis constructed three thematic categories: "Interdisciplinary treatment for patients with fibromyalgia: care practices and reception", "Constitution of the donation in the health care process" and "Body, health and chronic pain from the insertion in interdisciplinary treatment". The TIF was structured as a space for health care practices and reception, in terms of territorialization, decentralization and health care. The constitution of the gift in the health care process occurred through a shift to the other, symbolic actions in the relational circuit, gift of hospitality, gift of recognition, gift of conversation and hermeneutic cycle. The gift reciprocity circuit promoted new constructions, techniques and social uses of the body, health and chronic pain when entering the TIF. The conclusion of the study points to IT and CPH as spaces developed in the meeting between patients and health professionals, from the cycle of the triple obligation to give, receive and repay gifts of health care, which resulted in healthier social uses and legitimate aspects of the body and pain, processes of social interaction in the context of the recognition of symbolic effectiveness and in the assumption of totality of the social fact in terms of the health-disease process of FM.

Keywords: Fibromyalgia. Corporal practices of health. Interdisciplinary treatment. Gift; Health care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 FIBROMIALGIA E INTERDISCIPLINARIDADE.....	26
1.1 Histórico.....	26
1.2 Epidemiologia.....	29
1.3 Conjunto de sinais e sintomas.....	31
1.4 Dor crônica.....	34
1.5 Terapêuticas.....	39
2 DA DÁDIVA DE MARCEL MAUSS AO TERCEIRO PARADIGMA.....	48
2.1 A dádiva de Marcel Mauss.....	48
2.2 A teoria da dádiva como terceiro paradigma.....	61
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	72
3.1 PRACORSAU e o Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia.....	72
3.1.1 Fases do Projeto.....	73
3.2 Amostra e procedimentos éticos.....	77
3.3 Coleta de dados.....	78
3.4 Análise de dados.....	81
3.5 Caracterização da amostra (pacientes).....	84
3.6 Caracterização da amostra (profissionais de saúde).....	91
4 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	96
4.1 Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: práticas de cuidado e acolhimento.....	98
4.1.1 A estruturação do TIF.....	98
4.1.2 Práticas e ações de cuidado em saúde e acolhimento – atuação profissional.....	108
4.2 Constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde.....	124
4.2.1 A dádiva enquanto deslocamento ao próximo.....	126
4.2.2 O simbolismo para além da eficácia técnica: a trama relacional.....	133
4.2.3 O dom da hospitalidade: o acolhimento como prática de receber pessoas e demandas.....	137
4.2.4 O dom do reconhecimento: a prática de reconhecer a dor crônica.....	143
4.2.5 O processo de interação social e a dádiva da conversação na fibromialgia.....	157
4.2.6 A retribuição das dádivas simbólicas: o ciclo hermenêutico.....	164

4.3	Corpo, saúde e dor crônica na inserção no TIF	174
4.3.1	<u>Novas formas de olhar e se apropriar do corpo na inserção no TIF</u>	175
4.3.2	<u>Dor crônica: entre a negociação e o esquecimento na inserção no TIF</u>	193
	CONCLUSÃO	209
	REFERÊNCIAS	218
	APÊNDICE A - TCLE	237
	APÊNDICE B - Produções Acadêmicas	239
	APÊNDICE C - Google Docs (Formulários Google)	241
	ANEXO A - AEDA PRACORSAU	247
	ANEXO B - Questionário Sociodemográfico	249

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome reumática caracterizada principalmente por dor musculoesquelética crônica e difusa, por inúmeros sintomas associados (dor generalizada, fadiga, distúrbios do sono, depressão, ansiedade), não articular, de origem desconhecida e que atinge muitas mulheres. A síndrome faz parte de uma classe de desordens que apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos significativos à medicina. Um paciente satisfaz os critérios diagnósticos se as seguintes condições forem atendidas: índice de dor generalizada igual a 7 (sete) e escala de gravidade dos sintomas igual a 5 (cinco); ou índice de dor generalizada entre 3 (três) e 6 (seis) e escala de gravidade dos sintomas igual a 9 (nove); os sintomas precisam estar presentes por pelo menos 3 (três) meses e o paciente não pode ter outro distúrbio que explique o quadro sintomático (GONÇALVES *et al.*, 2010; WOLFE *et al.*, 2010; WOLFE *et al.*, 2011; MATTOS, LUZ, 2012; YUNUS, 2015; ABEL, ROBINSON, KROENKE, 2016; HACKSHAWKV *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

De acordo com Marques *et al.* (2017), a literatura aponta valores de prevalência da fibromialgia na população em geral (mundial) entre 0,2 e 6,6%, em mulheres entre 2,4 e 6,8%, nas áreas urbanas entre 0,7 e 11,4%, nas rurais entre 0,1 e 5,2% e em populações especiais entre 0,6 e 15%. Na concepção de Assumpção *et al.*, (2009), a fibromialgia é prevalente (4,4%) na população de baixa condição socioeconômica atendida pelo sistema público de cuidados de atenção primária à saúde. A síndrome é uma enfermidade cosmopolita por ter sido descrita em quase todos os grandes centros urbanos (QUEIROZ, 2015). No Brasil, em um estudo realizado em Montes Claros- MG, a prevalência alcançou 2,5%, sendo a segunda doença reumatológica mais frequente e mais predominantes em sujeitos de baixo nível socioeconômico (SENNA *et al.*, 2004). Pelo viés de dados secundários de um estudo de prevalência de dor crônica no Brasil, cujo dados foram coletados em 2015-2016, a prevalência da síndrome foi estimada em 2% (SOUZA, PERISSINOTTI, 2018).

A etiopatogênese ainda não está muito clara junto a uma clínica caracterizada por ausência de objetividade (RAMOS, 2016a). Segundo Lorena *et al.* (2016), os exames laboratoriais e radiológicos se mostram normais diante das queixas. O sistema biomédico, apesar dos inúmeros avanços, revela-se incapaz de dar conta de uma síndrome caracterizada pela ausência de substrato anatômico na sua etiologia e que se somatiza na forma de dor, de acordo com Mattos (2015) e Oliveira *et al.* (2017a).

Os sinais e sintomas da síndrome podem variar, em termos de impacto, desde sintomas leves até casos em que as atividades profissionais e sociais são comprometidas. A fibromialgia pode causar então um impacto social que quebra a rotina dos acometidos, desestabilizando as relações familiares e restringindo o contato social. Mattos (2015) destaca que a dor crônica que acompanha o paciente com fibromialgia, por 24 horas por dia, pode provocar limitações afetivas. O comprometimento da vida social é tão grande que a influência da fibromialgia na vida conjugal, na vida familiar, na sexualidade tem sido mencionada constantemente (MARTINEZ, 2010; MACEDO *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a; SOUZA, LAURENTI, 2017; BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019; PEREIRA, MAGRI, 2019).

Para Martinez *et al.* (2017), a expressão clínica da fibromialgia é variável por conta da influência de aspectos sociais, psicológicos, culturais e ambientais. As autoras (SOUZA, LAURENTI, 2017) entendem que a dor crônica da fibromialgia requer uma análise contextual que leve em consideração a história de vida dos pacientes e não apenas uma noção fisiológica. De acordo com Ramos (2016a), a fibromialgia apresenta uma relevância tanto médica quanto social, devido ao aumento do número de casos, a sua cronicidade e o desconhecimento das causas que originam a síndrome e a incapacidade que gera nos acometidos. Os pacientes experimentam relações constrangedoras, capazes de proporcionar ainda mais sofrimento, em diversos âmbitos sociais (terapêutico, domiciliar e laboral), onde a síndrome não é reconhecida.

Belardo e Camargo Junior (2018), Mattos (2015) e Oliveira *et al.* (2017a) adicionam que a legitimidade da fibromialgia ainda não se encontra estabelecida, pois a síndrome não se enquadra na lógica do processo de objetivação, ou seja, não possui existência concreta, fixa e imutável, de pessoa para pessoa, além de não expressar em um conjunto de sinais e sintomas manifestações de lesões, que devem ser procuradas dentro do corpo e corrigidas por alguma intervenção específica. A fibromialgia, em termos diagnósticos e terapêuticos, é o pesadelo para qualquer paciente e terapeuta, pois a biomedicina não tem evidência científica suficiente para classificá-la de maneira definitiva e consensual, apesar de existir dentro da medicina um sinal de mudança no que diz respeito à interpretação dos adoecimentos que não se enquadram nessa lógica de objetivação (CANESQUI, 2018; PEREIRA, MAGRI, 2019; SABINO, LUZ, 2019). Existe uma legitimidade, para Mattos (2015), que só se estabelece quando há uma etiologia somática, o que não é o caso da fibromialgia.

Por conta disso, para Mattos (2019), a fibromialgia é uma síndrome reumática que promove desafios para as racionalidades médicas¹ e sofrimento para os pacientes. Trata-se de uma dor esmagadora, deprimente e de intensidade alarmante. Em via de concordância com Belardo e Camargo Junior (2018), Mattos (2019) também aponta que a dependência de um diagnóstico com predominância clínica, com ausência de exames com marcadores de lesões anatomopatológicas que confirmem o diagnóstico, faz o paciente sofrer e retarda o início de tratamento (MATTOS, 2015).

Pereira e Magri (2019) entendem que, diante de um diagnóstico complicado, o principal ator do processo saúde doença deve ser trazido à luz. Em outras palavras: o sujeito. Porém, o que ocorre na prática é exatamente o contrário, uma forte desvalorização daquilo que não é palpável, objetivável ou passível de comprovação por exames de imagens, promovendo consequências psicológicas e emocionais aos pacientes. Na realidade, o profissional de saúde, diante da impossibilidade de mensurar a dor, deveria interpretá-la a partir de relatos e observações colhidos. É importante ressaltar também que a confirmação do diagnóstico de uma doença crônica, em geral, promove mudanças intensas e precisas para a vida dos sujeitos acometidos, que precisarão conviver com a nova condição nas dimensões física, psicológica e social, que juntas perpassam o corporal.

Além do complexo quadro sintomático provocar incapacidade funcional, impacto negativo na qualidade de vida² e dificuldade de reinserção social, onde em certos casos o impacto é tão negativo quanto os causados por doenças crônicas e deformantes, como a artrite reumatoide (MARTINEZ *et al.*, 2009; MARTINEZ, 2010; LEE, 2017; PERNAMBUCO *et al.*, 2017; BEYAZAL *et al.*, 2018), por exemplo, frequentemente o paciente não é respeitado por conta de seu adoecimento, gerando um estado de revolta em relação a saúde do próprio corpo (MATTOS, 2015, OLIVEIRA *et al.*, 2017a, SOUZA, LAURENTI, 2017). Apesar da dor crônica ser um dos principais motivos de busca por consultas médicas e terapêuticas (LE BRETON, 2013), a fibromialgia dificulta a relação dos pacientes diagnosticados com seus corpos e saúde (MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

¹ É um sistema médico complexo específico estruturado segundo cinco dimensões: Morfologia humana; Fisiologia; Sistema de diagnose; Sistema terapêutico e Doutrina médica. A Morfologia humana define a forma e a organização do corpo; a Fisiologia define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio, suas origens e causa; o Sistema de diagnose determina se há ou não um processo mórbido; o Sistema Terapêutico determina as formas de intervenção para cada pessoa; e a Doutrina Médica define o que é o processo saúde-doença, o que é doença, o que é possível tratar (Luz, 2005).

² Trata-se de um conceito multidimensional que incorporas as percepções subjetivas no campo da saúde, no que tange os aspectos biológicos, sociais e culturais.

Para Le Breton (2013), um dos principais sociólogos e antropólogos do corpo e da dor na contemporaneidade, a dor crônica, enquanto sintoma ou doença propriamente dita, como é o caso da fibromialgia, supõe a impressão de que seu corpo não é ele, pois é tanto capaz de reduzir o interesse pelo mundo quanto promover um comedimento no quesito relações sociais. O autor destaca que é um sofrimento do corpo e do viver, o que provoca silêncio, ausências de palavras, solidão e incompreensão, além de se sustentar mutuamente com desejo e morte, depressão e transtornos de ansiedade. Mauss (2017a) ressalta que a dor não foge da forma de apreensão/impregnação sociocultural, pois relaciona-se com a forma que o homem se apropria da cultura. A dor intolerável é menos função de particularidade individuais que de critérios pela aprovação/reprovação coletiva.

Cabe revisitar Santo e Azize (2019) a fim de promover um diálogo entre a fibromialgia e a citação com base em Mauss (2017a). O ponto não é sustentar uma visão antropológica sobre a dor que reduza o papel do sujeito no adoecimento, mas sim mostrar que a dor possui um caráter plural. Ou seja, a dor não é somente sentida (o fisiológico, no que diz respeito à função de alarme sobre possíveis danos nos tecidos), mas sempre percebida (o caminho para interpretá-la esbarra nas significações heterogêneas e no papel do ser humano na trama sociocultural). É o entendimento de Mattos (2019, p.286) sobre a presente temática: “A cultura não impõe o significado da dor, mas cada ser humano se apropria das experiências culturais do sofrimento segundo sua história pessoal”.

Se em meados da Idade Média a sensibilidade à dor pertencia ainda ao referencial metafísico, de sistema de recompensa e solidificação da fé, onde a ideia não era eliminar de imediato a experiência do sofrimento; o século XIX passa a ser uma etapa considerável da história da humanidade, uma vez que o processo de desvinculação entre corpo e dor se acentua, fazendo da experiência dolorosa um assunto do maquinário humano que requer ajustes neurológicos e farmacológicos. O século XXI ressalta que estamos na era dos analgésicos e anestésicos, em que sofrer e sentir dor não faz muito sentido (RODRIGUES, 2014).

Ainda no que diz respeito os pacientes com fibromialgia, em conformidade com as ideias de Rodrigues sobre a dor e os tempos atuais, Mattos (2019) sugere que diante da ausência de autenticidade da vida técnica contemporânea, com muitos afazeres e compromissos, a falta de cuidado com o corpo e com a saúde passa a ser uma consequência significativa. Quando o paciente com fibromialgia esquece do próprio corpo, está esquecendo da própria vida e dos laços sociais que é capaz de tecer. Entende-se que o urgente nesse

momento é buscar práticas capazes de promover novos olhares e possibilidades aos próprios corpos.

Segundo Mauss (2017a), a sociedade impõe ao sujeito um uso rigoroso de seu corpo, sendo a educação e as técnicas do corpo os caminhos que a estrutura social perpassa para imprimir suas marcas tradicionais e eficazes nos sujeitos. A noção de técnica do corpo destaca as maneiras como os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo, sempre partindo do concreto (sociológico) ao abstrato (psiquismo individual). São todos os modos de agir, desde uma forma de caminhar e nadar até o manuseio de uma arma, transmitidos no contexto de uma tradição sociocultural que frisa a técnica. A ideia central desta concepção reside na explicação a partir de um viés também cultural, não apenas biológico.

O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem na concepção de Mauss (2017a, 2017b), ao passo que Le Breton (2013) entende que não existe uma natureza do mesmo e sim uma condição do homem implicando uma condição corporal. A eficácia simbólica situa-se nesse contexto de que todo sistema simbólico é sistema de eficácia, pois carrega consigo a experiência/relação do sujeito com o mundo que o cerca. É o corpo como estrutura simbólica e não apenas um conjunto de órgãos. Ao comentar sobre a importância da subjetividade da dor, ou seja, da participação do sujeito no processo terapêutico, a partir da escuta e confiança nas declarações, Le Breton (2013) se apropria de Lévi-Strauss (2017a) para afirmar que não existe uma objetividade da dor, e sim uma subjetividade que solicita o enraizamento sociocultural do homem.

Lévi-Strauss (2017a) introduz a temática “eficácia simbólica” a partir de dois textos clássicos: o feiticeiro e sua magia e a eficácia simbólica. Para o autor, trata-se de eficácias de certas práticas mágicas, de cunho simbólico, que envolvem três características fundamentais: a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; a crença do doente que está sendo tratado e; da confiança e as exigências da coletividade. O feiticeiro fornece uma linguagem, no qual podem ser imediatamente expressos estados não-formulados (mito), para que o adoecido compreenda seus sofrimentos e dores para alcançar a cura. A cura é simbólica, pois consiste em tornar possível uma situação que inicialmente se caracterizava por dores que o corpo se recusava a tolerar, ou seja, trata-se de um processo de interação social capaz de produzir cura.

A fibromialgia encontra-se no polo contrário da eficácia simbólica, pois a literatura (MATTOS, 2015, OLIVEIRA *et al.*, 2017a; SOUZA, LAURENTI, 2017; BELARDO, CAMARGO JUNIOR, 2018) sugere que os processos de interação social, seja no âmbito

familiar, laboral ou médico, não promovem o bem-estar, mas adoecimento e sofrimento. O paciente com fibromialgia, com o seu quadro sintomático subjetivo e caracterizado por dor crônica que carece de substrato anatômico, não experimenta a legitimidade de seu adoecimento nas relações estabelecidas nessas instâncias sociais. São enquadrados como mentirosos, problemáticos, queixosos e pacientes com problemas de cabeça, estereótipos que dificultam a relação com a síndrome, com a saúde e com o corpo. Dentro desse contexto, Mattos (2019) sustenta que, como toda doença, a fibromialgia não é um dado da natureza, mas uma construção histórica na convivência coletiva.

No que diz respeito ao tratamento da fibromialgia a intervenção interdisciplinar recebe destaque (MARTINS *et al.*, 2014; KAS *et al.*, 2016; SARAL *et al.*, 2016; SALVAT *et al.*, 2017; GIUSTI, CASTELNUOVO, MOLINARI, 2017). A integração de várias disciplinas é um fator chave para o tratamento da síndrome, pois além de controlar o quadro sintomático e melhorar qualidade de vida dos acometidos, possibilita ao paciente uma melhor compreensão da complexidade do seu estado de saúde em termos sociais, fisiológicos e psicológicos (MARTINS *et al.*, 2014; MATTOS, 2015; GIUSTI, CASTELNUOVO, MOLINARI, 2017; BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019). As primeiras diretrizes que procuraram direcionar o tratamento da síndrome, publicadas em 2004, pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, já sustentavam a importância do tratamento constituído pela integração de disciplinas e a necessidade de ações em educação em saúde capazes de orientar os pacientes nos comportamentos em saúde (PROVENZA *et al.*, 2004)³.

As intervenções interdisciplinares devem ser incentivadas, pois sabe-se que nenhum tratamento, quando aplicado sozinho, consegue suprir todas as necessidades do paciente. Essas formas de intervenção possuem o apoio social como um dos pilares fundamentais para a reabilitação do paciente, reunindo professores de Educação Física, nutricionistas e psicólogos (MARTINEZ, 2010; MATTOS, 2015). Segundo Roquete *et al.* (2012), a interdisciplinaridade apresenta como principal característica a aproximação de diferentes saberes e disciplinas (Educação Física, Psicologia, Medicina, Nutrição, Serviço Social) para a solução de problemas específicos. Apesar da intervenção multidisciplinar possibilitar uma visão ampla sobre os fatos, não proporciona o entrelaçamento/relacionamento dos diferentes saberes. Essa

³ Os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos têm como objetivo o alívio da dor e sintomas associados e a melhora do condicionamento físico. A diretriz chama atenção também para a educação em saúde, que diz respeito a educar e informar pacientes e familiares. O tratamento farmacológico engloba: antidepressivos, analgésico benzodiazepínicos e bloqueadores seletivos de recaptção de serotonina. O não-farmacológico engloba: exercícios aeróbios e de alongamento, fortalecimento muscular, dança, acupuntura e suporte psicológico.

característica pertence a interdisciplinaridade. Giusti, Castelnuovo e Molinari (2017) entendem que a interdisciplinaridade se caracteriza pela justaposição de disciplinas e saberes.

A intervenção interdisciplinar, a partir do entrelaçamento de diferentes disciplinas e saberes, promove uma compreensão ampla do paciente com fibromialgia, em termos sociais, psicológicos e físicos. De acordo com os estudos citados anteriormente, a expressão clínica e sintomática da fibromialgia requer uma análise contextual por conta da história de vida dos pacientes acometidos, da trama cultural que se inserem e das relações que estabelecem com psicopatologia. Ao que parece, levando em consideração Le Breton (2013), Souza e Laurenti (2017) e Oliveira *et al.* (2017a), as intervenções terapêuticas equivocam-se ao interpretar a fibromialgia a partir de um pressuposto fisiológico apenas. Pode ser o caso, por exemplo, da relação médico-paciente no contexto do diagnóstico da síndrome, onde uma molécula milagrosa é buscada a fim de explicar o quadro sintomático.

Mattos (2015) destaca exatamente isso, pacientes que saem insatisfeitos das consultas médicas com seus pacotes de exames pois não são compreendidos em suas subjetividades, são enxergados como conjuntos de mecanismos somáticos apenas. O sujeito experimenta o sofrimento pela dor, mas uma dor que é uma experiência fisiológicas, psíquica e social, não se restringindo a uma lesão fisiopatológica com etiologia bem definida. A partir de Durkheim (2011), o autor ressalta que a experiência social da dor inscreve-se em um campo de significação coletivamente construída, onde os modos de ser, sentir e agir são constitutivamente referidos à sociedade. Não é somente o corpo físico que sofre, mas um sujeito que pertence a uma cultura e a uma sociedade, que possui subjetividade própria (LE BRETON, 2013).

Le Breton (2013) sugere que a dor deva ser analisada e estudada a partir de uma perspectiva antropológica que dê conta das suas relações com o homem dentro da estrutura social que o cerca. A dor do paciente com fibromialgia deveria receber intervenções que dessem conta de tal complexidade biopsicossocial: Pernambuco *et al.* (2017) e Le Breton (2013) sustentam a proximidade entre dor crônica, depressão e ansiedade; de acordo com Kang *et al.* (2016) e Fitzcharles *et al.* (2014) as condições socioeconômicas exacerbam o quadro sintomático e; em termos fisiopatológicos, Martinez *et al.* (2009) trata a fibromialgia como uma síndrome de amplificação dolorosa, devido uma alteração no processamento da nocicepção⁴ à nível de Sistema Nervoso Central, ao passo que Valim *et al.* (2013) destacam que os níveis séricos de serotonina são menores em pacientes com fibromialgia, e que isso

⁴ Processo no qual a informação sobre lesão tecidual na periferia é transmitida no Sistema Nervoso Central resultando na experiência sensorial da dor.

resulta em aspectos da fisiopatologia da síndrome, pois esse neurotransmissor é envolvido com a antinocicepção⁵, que na fibromialgia é reduzida.

Se a fibromialgia apresenta aspectos clínicos em termos sociais, psicológicos e físicos, o cerne do sofrimento é encontrado quando abandona-se as buscas pelas causas orgânicas e passa-se a compreender a dimensão simbólica do corpo humano, onde o mesmo não é um conjunto de órgãos apenas. A partir do conceito introduzido por Mauss (2017b) e utilizado por Lévi-Strauss (2017b), fato social total, o corpo humano passa a ser apreendido em sua totalidade, o que facilita entender o papel da intervenção interdisciplinar na fibromialgia. Para Sabino e Luz (2019), o corpo pode ser afirmado como um fato construído social e culturalmente, visto que é fruto de uma dimensão representacional assentada em valores, crenças e normas, diferenciados de sociedade para sociedade, de período histórico para período histórico, em um determinado espaço e tempo. De acordo com Lévi-Strauss (2017b), foi em “O Ensaio sobre a Dádiva”, a célebre obra de Marcel Mauss, que o conceito de fato social total foi introduzido nos estudos antropológicos.

Marcel Mauss se apropria do fato social, conceito central da sociologia funcionalista de Émile Durkheim, para pensar o fato social total. Para Durkheim, o fato social é o verdadeiro objeto de estudo da sociologia, sendo as maneiras de pensar, agir e sentir que apresentam a notável propriedade de existir fora das consciências individuais. No estudo sobre a forma e a razão da troca nas sociedades tradicionais, Mauss (2017b) insere o simbolismo no fato social, propondo o fato social total. As dádivas (aquilo que é dado, presente, oferta) trocadas e a obrigação de retribuí-las garantem um sistema de prestações totais, que ocorrem de maneira voluntária, apesar das trocas serem no fundo obrigatórias

Logo no início do texto, o antropólogo define o seu entendimento sobre o fato social total:

Existe aí [nas sociedades arcaicas] um enorme conjunto de fatos. E fatos que são muito complexos. Neles, tudo se mistura, tudo o que constitui a vida propriamente social das sociedades que precederam as nossas – até às da proto-história. Nesses fenômenos sociais "totais", como nos propomos chamá-los, exprimem-se, de uma só vez, as mais diversas instituições: religiosas, jurídicas e morais – estas sendo políticas e familiares ao mesmo tempo –; econômicas – estas supondo formas particulares da produção e do consumo, ou melhor, do fornecimento e da distribuição –; sem contar os fenômenos estéticos em que resultam estes fatos e os fenômenos morfológicos que essas instituições manifestam (MAUSS, 2017b, p. 193-194).

O conceito procede do cuidado de pensar o social como realidade, a responsabilidade da sociologia em buscar a recomposição do todo e não se limitar pela simples reintegração de

⁵ Redução na capacidade de perceber a dor.

aspectos descontínuos – familiar, técnico, jurídico, econômicos, religioso (LÉVI-STRAUSS, 2017b). O antropólogo adiciona a necessidade do fato social total em se encarnar numa experiência individual: é na história individual que pode-se observar o comportamento de seres totais, não divididos em faculdades, mas em um sistema de interpretação que explica simultaneamente os aspectos físicos, psíquicos e sociológicos das condutas. Portanto, o fato social total apresenta-se como uma tríplice aproximação entre as dimensões sociológica, biológica e psicológica, sendo importante ressaltar que é somente nos indivíduos que essa tríade pode ocorrer. Tudo isso é social em um certo sentido, ao passo que somente na forma de fato social total que essas dimensões apresentam significação global para tornarem-se uma totalidade.

Na concepção de Siqueira e Siqueira (2006), Daolio, Rigoni e Roble (2012), Daolio (2020) e Sabino e Luz (2019), a noção de fato social total de Marcel Mauss engloba as dimensões fisiológica, social e psicológica no estudo do homem e de seu corpo, partindo de uma perspectiva que o corpo propõe várias abordagens não mais fragmentadas ou reduzidas aos aspectos biológicos. É a tentativa de articular o corpo a uma perspectiva interdisciplinar, pois em qualquer realização do ser humano as dimensões sociológica, psicológica e fisiológica estarão presentes. Trata-se da possibilidade de ampliação do entendimento sobre corpo no campo da saúde a partir da antropologia de Marcel Mauss.

É válido ressaltar que o fato social total, assim como o conceito de técnicas corporais, apresentado anteriormente, devem ser lidos como uma oportunidade de compreender o homem em sua totalidade, distanciando-se uma visão utilitarista do uso do próprio corpo. Entende-se como a necessidade de pensar o corpo dentro de uma tríade formada pelos aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos de forma indistinta. Dessa forma, a partir dos estudos citados anteriormente (ROQUETE *et al.*, 2012; MATÍN *et al.*, 2014; MATTOS, 2015; GIUSTI, CASTELNUOVO, MOLINARI, 2017), a interdisciplinaridade no tratamento da fibromialgia pode ser interpretada como uma intervenção social total sobre o corpo dos pacientes.

Apesar de Berardinelli, Brito e Miranda (2019) não terem realizado um estudo antropológico sobre as funções da interdisciplinaridade sobre a fibromialgia, entende-se que a partir de um esforço é possível visualizar tais proximidades. O pressuposto das autoras, no que diz respeito ao tratamento interdisciplinar para a fibromialgia, é similar aos estudos citados anteriormente sobre esse assunto, pois entendem também que nenhum profissional isoladamente consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano. O cuidado deve

ser interpretado como as relações estabelecidas entre terapeutas e pacientes com o propósito de dar um fim ao adoecimento ou sofrimento. Ou seja, o tratamento da fibromialgia e dor crônica requer um modelo biopsicossocial. A partir de Mauss (2017b), um verdadeiro fato social total, já que os domínios da vida de um sujeito que adoece englobam importante complexidade.

O fato social total proposto por Mauss permite entender o corpo do paciente com fibromialgia, a dor crônica e o quadro sintomático, assim como as relações que os pacientes estabelecem entre seus corpos e as terapêuticas, como um conjunto de dimensões simbólicas que não se limitam aos aspectos biológicos característicos das Ciências Naturais; e interpretar o tratamento interdisciplinar como a intervenção capaz de enxergar esse corpo enquanto totalidade, onde o mental, o social e o físico associam-se. Le Breton (2013) parece compartilhar de tal entendimento, pois, ao fazer uma antropologia da dor, ressalta as dimensões simbólicas do corpo e a necessidade de intervenções amplas sobre doenças caracterizadas por dores crônicas.

Le Breton (2013) orienta ações importantes capazes de atuar na totalidade do corpo e na história de vida dos sujeitos. A palavra, a escuta, a crença e o contato físico, ou seja, o cuidado em saúde, são fundamentais e parecem ser os pontos cruciais no tratamento de doenças que carecem de legitimidade nas relações terapêuticas. Seguindo essa linha de raciocínio, Mattos (2015) e Oliveira *et al.* (2017a) oferecem, a partir de seus estudos sobre práticas corporais de saúde e fibromialgia, entendimentos pertinentes sobre o presente assunto. Ambos os autores estudaram o exercício físico como práticas corporais, ou seja, atividades que compreendem o movimento humano dotado de significação sociocultural, necessidades, desejos, vínculos (laços sociais), acolhimento (sentimento de pertencimento) e cuidado, valores que superam a noção biologicista de saúde e que ressaltam a relação entre o movimento e a cultura propriamente dita.

A prática corporal é uma proposta de tratamento coletiva que possibilita a criação de laços sociais entre os pacientes, possibilitando que os mesmos troquem experiências e compartilhem histórias. São ações sociais estratégicas, elaboradas por pacientes diagnosticados com fibromialgia, capazes de enfrentar o sofrimento e o adoecimento provocados pela síndrome. Elas vão além de uma possibilidade de atividade física que visa emagrecimento, hipertrofia muscular e adaptações fisiológicas, pois são capazes de englobar uma prática social de cuidado em saúde, apontando para a existência de sentidos e

significados relativos à saúde e à vida social. (LUZ, 2005; GONZÁLEZ, 2015; MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

Trata-se de uma intervenção do professor de Educação Física que não atua sobre o movimento propriamente dito, mas sobre as manifestações culturais relacionadas ao corpo e à prática (DAOLIO, 2010). Mattos (2015) e Oliveira *et al.* (2017a) compreenderam exatamente esse papel do exercício físico, quando concluíram que estas práticas culturais proporcionam acolhimento, vínculo e cuidado, ou seja, novos sentidos para a saúde.

As práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia, que foram analisadas por Oliveira (2017), inseriram-se em uma proposta de tratamento interdisciplinar, ou seja, oferta de terapêuticas a partir do entrelaçamento de diferentes saberes, do movimento humano e da prática social de cuidado em saúde. Para o autor, que compartilha do entendimento de Mattos (2015), o processo saúde-doença do paciente com fibromialgia requer ações interdisciplinares, que incluem a Educação Física a partir de práticas corporais de saúde, pois proporcionam reinserção social, qualidade de vida, acolhimento, vínculo e cuidado.

Dessa forma, a literatura sugere intervenção interdisciplinar e ações dos professores de Educação Física, por meio de exercícios físicos, no tratamento da fibromialgia. Os estudos de McFarlane *et al.* (2017), Salvat *et al.* (2017) e Saral *et al.* (2016) evidenciam os benefícios do exercício físico sobre o quadro sintomático, a dor, a qualidade de vida e o status funcional de pacientes com fibromialgia; entretanto são os estudos de Mattos (2015), Oliveira *et al.* (2017a), Cavaliere *et al.* (2019), Pereira e Magri (2019) e Berardinelli, Brito e Miranda (2019) que merecem destaque nesse momento, pois sustentam a necessidade de intervenções indissociadas no tratamento, pelos exercícios e pela interdisciplinaridade.

Para Pereira e Magri (2019), o tratamento interdisciplinar quando proporciona a troca de afetos, empatia e cuidado, promove apoio e coesão social. Entende-se essas trocas de afetos e gestos como caminhos para uma intervenção biopsicossocial capaz de atender paciente com fibromialgia em sua totalidade. Santo e Azize (2019) não se distanciam de tal entendimento, mas encaminham a presente discussão para a dor crônica propriamente dita. Segundo os autores, as intervenções terapêuticas precisam atribuir sentidos às dores para que se construa um sentido de comunidade, evitando assim silenciar sujeitos. Trata-se da dor crônica imersa em um sistema de troca que possibilita aos pacientes novas interpretações, experiências e vivências perante o adoecimento. Na concepção de Berardinelli, Brito e Miranda (2019), essas relações baseadas em cuidado, vínculos e sensibilidade favorecem a prática o diálogo, ou seja, a coesão entre todos os envolvidos no processo terapêutico.

Faz necessário avançar nesse momento nas discussões que Mauss (2017b) realizou para se pensar como as trocas de bens imateriais e afetivos nas práticas corporais de saúde e na interdisciplinaridade garantem uma forma de enfrentar a fibromialgia. De acordo com o antropólogo, as dádivas são trocadas e retribuídas nas sociedades tradicionais a fim de garantir um sistema de prestações totais (sociabilidade no pressuposto do fato social total). A tese de Mauss sustenta a dádiva como sistema dinâmico que circula bens materiais e imateriais, um verdadeiro dispositivo de reciprocidade que envolve diferentes formas de organização das relações sociais entre os sujeitos. Uma tripla obrigação: dar, receber e retribuir. Essa tripla obrigação visa garantir a coesão social entre as sociedades. Cria-se até alianças capazes de afastar as guerras.

A partir do sociólogo Alain Caillé (1998, 2002, 2014), um dos autores contemporâneos que pensa a dádiva a partir de Mauss, é possível trazer tais discussões para a Educação Física e para a saúde. O sociólogo francês destaca que a teoria da dádiva excede, por sua dimensão simbólica, a dimensão utilitária⁶ (MARTINS, 2017) e funcional dos bens e serviços e dos seres humanos. Ou seja, Mauss (2017b) pensou a dádiva a fim de se aproximar de uma perspectiva simbólica, das palavras e dos gestos, sempre na contramão do utilitarismo, pois na ótica dele as sociedades tradicionais não repousavam no mercado, mas no ciclo simbólico de tripla obrigação.

De acordo com Daolio (2020), os estudos das trocas de bens foram enfatizados por Mauss, entre habitantes de tribos antigas, a fim de reconhecer o papel destas nas sociedades mais desenvolvidas economicamente do século XX. Trata-se da ideia de reconhecer as possibilidades das trocas de presentes para as sociedades atuais, mais precisamente nos contextos de coesão social, solidariedade e consolidação de grupos. Em outras palavras, as sociedades modernas muito podem aprender com práticas e costumes de outros momentos históricos, como a dádiva.

Para Caillé (1998, 2002, 2014), a dádiva é a determinação que atua justamente na liberdade, pois este simbolismo faz da espontaneidade uma obrigação. Ou seja, existe uma íntima associação entre o simbolismo e a tripla obrigação. Dessa forma, o vínculo/reciprocidade surgiria a partir da subordinação dos interesses materiais a uma regra simbólica, sendo a dádiva uma aposta ou um meio de criar a confiança e moldar as relações

⁶ Alain Caillé foi um dos fundadores da Revista “Revue du M.A.U.S.S (movimento anti-utilitarista nas Ciências Sociais), periódico interdisciplinar e internacional de Ciências Sociais e Política. O utilitarismo, de acordo, com esse movimento, foi um pensamento dominante nas Ciências Sociais e Econômicas que partia de uma ideia de sociedade baseada no mercado. Tratava-se da supremacia do mercado em todas as esferas da vida social, onde o sujeito obedeciam a uma única motivação: o interesse pessoal.

sociais. Trata-se de uma aposta que beira ao paradoxismo, pois apenas a gratuidade (espontaneidade) demonstrada, a incondicionalidade e a iniciativa do desinteresse, são capazes de promover a aliança e a coesão social que beneficiará a todos. Vale ressaltar que a obrigação é necessária, pois não se dá alguma coisa a qualquer pessoa, num momento qualquer ou de qualquer modo, porque de fato os momentos e as formas da dádiva são socialmente instituídos. Entretanto, é na espontaneidade que a dádiva adquire sentido, pois até nas sociedades mais antigas ou tradicionais existia espaço para a iniciativa pessoal.

Na concepção de Caillé (2002), a representação utilitarista dificulta o entendimento dos dispositivos simbólicos (dádiva) que dão sentido às manifestações dos sujeitos. O autor entende o fato social total como a possibilidade de ultrapassar a materialidade imediata do social para revelar o simbolismo geral da vida. Por isso a dádiva é ao mesmo tempo obrigatória e espontânea, interessada e desinteressada. Ou seja, os seres humanos não agem pensando em si mesmos e nos seus interesses, mas também agem pensando nos outros. De acordo com Martins (2017), a dádiva é um sistema de ação presente em todas as sociedades, uma condição ímpar da vida em sociedade.

Na perspectiva da dádiva, é o movimento da circulação de bens, materiais ou imateriais, dos sentidos e significados, que permitem a emergência dos sujeitos e da comunidade. Trata-se de uma teoria que traz à tona a importância da circulação e compartilhamento de gestos, palavras, ritos, crenças e sentidos, no interior das comunidades, como fundantes da vida social relacional (CAILLÉ, 1998, 2002, 2014; MAUSS 2017b). Martins (2017) ressalta o movimento que o sujeito realiza ao sair de si para se relacionar com terceiros, simbolizando e construindo a vida em sociedade. Ao sair de si o sujeito oferece algum bem para alguém e passa a participar da tripla obrigação, pois a retribuição ocorrerá como parte desse processo de reciprocidade.

Segundo Caillé (2014), a teoria da dádiva pode ser pensada no contexto dos cuidados em saúde, pois para o autor não se trata alguém apenas com Ciência Biomédica. Em estados de vulnerabilidade os adoecidos precisam que alguém seja benevolente com eles, fazendo da dádiva um operador de reconhecimento, pois reconhece o outro com sujeito. Almeida e Germano (2009) também pensam a dádiva no contexto dos cuidados em saúde, pois para eles a circulação de bens simbólicos está presente nas relações interpessoais que perpassam o cuidado em saúde.

Assim como no estudo antropológico de Marcel Mauss, Flores *et al.* (2011) destacam que as trocas de dádivas criam um fato social total, a possibilidade da vida social se

estabelecer e dos vínculos sociais atualizarem-se, porém, neste caso, no cuidado em saúde. Se no *potlach*, cerimônias praticadas por tribos antigas com a finalidade de redistribuição de bens, a coisa que era dada tendia a retornar, na relação terapêutica a dádiva é a possibilidade de estabelecimento do cuidado em saúde, ou seja, da consolidação dos vínculos sociais e do enfrentamento do processo saúde-doença.

No caso da fibromialgia, sustentou-se que a intervenção interdisciplinar pressupõe que se olhe para o paciente não de forma fragmentada, mas como fato social total, pois os aspectos físicos, psicológicos e sociais constituem os sujeitos e as suas mais diversas expressões. É o caso da dor crônica, por exemplo, que se enquadra nessa tríade destacada anteriormente. As práticas corporais de saúde também receberam destaque, pois são espaços de construção e compartilhamento de acolhimento, vínculos, cuidado em saúde e solidariedade (MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a; CAVALIERE *et al.*, 2019; PEREIRA, MAGRI, 2019; BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019)

Dessa forma, a intervenção interdisciplinar e a oferta de práticas corporais de saúde possibilitam a circulação de dádivas simbólicas, um conjunto de trocas que traz para o processo saúde-doença da fibromialgia o cuidado em saúde, o acolhimento, o vínculo e até mesmo a solidariedade. A tripla obrigação, que beira a espontaneidade, o interesse desinteressado, de dar, receber e retribuir, encontra-se situada na relação entre o paciente com fibromialgia, detentor de uma dor crônica que carece de legitimidade; e o profissional de saúde que oferece o cuidado em saúde.

A Tese do presente estudo sustenta a interdisciplinaridade e as práticas corporais de saúde como circuitos de reciprocidade, hospitalidade, diálogo e reconhecimento, onde ocorrem a troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde) entre profissionais de saúde e pacientes com fibromialgia. O profissional de saúde, ao receber o paciente com fibromialgia no serviço, oferece o cuidado em saúde a partir do interesse desinteressado: ao mesmo tempo que não se oferece uma coisa a qualquer pessoa (interesse), existe a aposta pela espontaneidade que visa um deslocamento ao próximo a fim de moldar as relações sociais (aposta pelo vínculo).

Esse sistema de prestações totais garante a coesão social e a participação da pessoa com fibromialgia na relação terapêutica que perpassa a interdisciplinaridade e as práticas corporais de saúde. São estas trocas de dádivas simbólicas que possibilitam ao paciente com fibromialgia experimentar reinserção social e novos sentidos para vida social e para a saúde. Levando em consideração que essa tripla obrigação promove um sistema de

compartilhamento, todos participam do dar e do retribuir, pois o ciclo se perpetua nas ações terapêuticas.

A questão central a ser investigada é: o tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia e as práticas corporais de saúde são um sistema de troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde, acolhimento e vínculo) que se estabelece entre os pacientes e os profissionais de saúde? O objetivo geral do estudo é compreender o tratamento interdisciplinar e as práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia como um sistema de troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde, acolhimento e vínculo) que se estabelece entre os pacientes e os profissionais de saúde. Outros objetivos foram estabelecidos: identificar a compreensão de corpo, saúde e dor crônica a partir da inserção no tratamento interdisciplinar; discutir o conceito de eficácia simbólica no tratamento interdisciplinar; discutir o conceito de fato social total no tratamento interdisciplinar.

1 FIBROMIALGIA E INTERDISCIPLINARIDADE

1.1 Histórico

Segundo Heymann *et al.* (2010), pode-se encontrar descrições de quadros musculares dolorosos na literatura europeia desde o século XVI. Em 1592, o médico francês Guillaume de Baillou (1538-1616) foi o primeiro a introduzir o termo “reumatismo”, com a intenção de explicitar manifestações clínicas dolorosas nos músculos. O cirurgião inglês William Balfour (1824-1864) foi o primeiro a descrever a existência de nódulos musculares, porém a origem estava relacionada com um processo inflamatório no tecido conjuntivo que resultava em dor. Balfour nomeou os nódulos, chamando-os de *tender points*.

De acordo com Kaziyama *et al.* (2001), apesar da fibromialgia ser investigada desde o século XIX, em 1850 Froriep já observava que doentes com reumatismo apresentavam pontos musculares dolorosos à palpação. Em 1889, um neurologista estadunidense relatou uma associação entre quadros de dor crônica, fadiga e distúrbios psicológicos. A partir do seu ponto de vista, esse quadro era resultante do estresse característico da vida moderna. Em 1900, foram relatados quadros dolorosos relacionados com a incapacidade de movimento (HEYMANN *et al.*, 2010).

Provenza (1997) afirma que, aos longos dos séculos, os médicos registram suas tentativas de classificar, definir e tratar com sucesso várias desordens que produzem desconforto e disfunções no sistema músculo esquelético. O autor adiciona que as doenças que produzem distúrbios anatômicos há muito tempo são estudadas, porém em certa ordem de compreensão. As entidades mais agrupadas sob a designação de “reumatismo dos tecidos moles” permanecem mal definidas e pouco conhecidas.

William Gowers (1845-1915) se apropriou pela primeira vez do conceito de fibrosite, ao descrever quadros dolorosos na região lombar que se caracterizavam por uma sensibilidade dolorosa exacerbada, associados à fadiga e distúrbios do sono. O conceito de fibrosite foi popularizado em 1913. Bolland e Corr denominaram a fibrosite como um “Reumatismo Psicogênico” pela primeira vez, devido à ausência inflamatória nas biópsias associada à incidência de sintomas depressivos e ansiosos, além do estresse. Traut, em 1968, relata a

questão do gênero feminino com uma alta prevalência para a fibrosite (HEYMANN *et al.*, 2010).

De acordo com Provenza (1997), William Gowers cria o termo fibrosite visando referenciar a sua hipótese de que as lombalgias e desordens afins eram causadas por um processo organizador exaustivo, envolvendo o tecido fibroso muscular. O termo fibrosite, segundo Kaziyaama *et al.* (2001), foi empregado durante décadas de modo indiscriminado para descrever anormalidades musculoesqueléticas como reumatismo psicogênico ou síndromes decorrentes da tensão.

O termo fibrosite foi utilizado para designar inflamação do tecido fibroso (GOWERS,1904). O médico argumentou que o termo mialgia era inadequado por conta de um quadro doloroso caracterizado por ausência de desconforto espontâneo. Na realidade, tratava-se de um desconforto induzido por contrações musculares e tensões súbitas capazes de travar as articulações. Segundo o autor, o quadro sintomático proporcionava uma impressão espontânea equivocada por conta das inúmeras limitações experimentadas pelos pacientes (limitações posturais, de movimento e até mesmo durante ato de deitar). A fibrosite estava associada, em alguns casos, à lesões ligamentares e tendinosas, à inflamações neurais e até mesmo à traumas físicos.

O termo fibromialgia surge para explicitar melhor os casos de fibrosite, muito por conta da ausência de marcadores inflamatórios. Entre os anos de 1941 e 1944 surgiram as primeiras evidências da possibilidade do envolvimento do sistema nervoso central na etiologia da fibromialgia (HEYMANN *et al.*, 2010). Segundo Yunus *et al.* (1981), o termo fibromialgia torna-se mais apropriado para explicar o quadro enfermo, em que não há inflamação tecidual, mas sim dor muscular difusa relacionadas às anormalidades do sistema nervoso central.

Os autores (YUNUS *et al.*, 1981) construíram critérios para a fibromialgia a partir de um estudo que comparou os sinais e sintomas de 50 pacientes com fibromialgia com 50 pacientes controles saudáveis. A dor difusa por pelo menos três meses de duração, a ausência de outras causas óbvias, exame físico caracterizado por múltiplos pontos dolorosos e ausência de inchaço nas articulações constituíram os critérios sugeridos. De acordo com os autores, trata-se de uma patologia que acomete mais as mulheres do que os homens, com inúmeros sinais e sintomas associados (rigidez articular, fadiga, ansiedade, problemas com o sono, dores de cabeça, edemas subjetivos e síndrome do intestino irritável) e que é modulada em termos sintomáticos por conta de condições climáticas e ambientais.

Se Yunus *et al.* (1981) utilizaram pela primeira vez o conceito fibromialgia, o termo atual foi proposto por Smythe e Modolsky entre 1975-1977 (SMYTHE, 1979; SMYTHE, MODOLSKY, 1977-1978). A primeira definição e classificação da síndrome (SMYTHE, 1979) incluiu nos critérios os pontos dolorosos distribuídos por pelo menos 12 de 14 pontos anatômicos específicos, dor difusa com pelo menos três meses de duração, resultados normais em testes laboratoriais e dois sinais e sintomas associados (sensibilidade cutânea muscular no trapézio e problemas relacionados ao sono).

Em 1990, um estudo do Colégio Americano de Reumatologia estabeleceu os seguintes critérios diagnósticos para a síndrome de fibromialgia: a presença de dor crônica no esqueleto axial e em ambos os lados do corpo, abaixo e acima da cintura; dor em 11 ou mais dos 18 *tender points* e dor crônica perdurando por três meses ou mais. Essa combinação alcançou uma sensibilidade de 88,4% e uma especificidade de 81,1% para o diagnóstico (WOLFE *et al.*, 1990).

Após críticas direcionadas a estes critérios, a contagem dos *tender points* foi abolida e substituída pela associação de fadiga, sono não reparador, problemas cognitivos e sintomas somático associados à dor crônica generalizada. Esses critérios estabeleceram dois escores – um índice de dor generalizada (*Widespread Pain Index – WPI*), composto por 19 áreas potencialmente dolorosas a serem identificadas pelos pacientes, e uma escala de gravidade dos sintomas (*Symptom Severity scale – SS scale*), que resulta da soma dos escores de fadiga, distúrbios do sono, distúrbios cognitivos e sintomas somáticos. A partir desse conjunto de critérios, o sujeito preenche o diagnóstico quando apresenta um índice de dor generalizada $\geq 7/19$ e uma escala de gravidade ≥ 5 , ou índice de dor generalizada entre 3–6 e escala de gravidade ≥ 9 (WOLFE *et al.*, 2010).

Após a publicação dos critérios preliminares em 2010, Wolfe *et al.* (2011) propuseram uma versão modificada. O objetivo do estudo foi desenvolver um questionário de pesquisa para estudos epidemiológicos e clínicos usando uma modificação dos critérios preliminares de diagnóstico para fibromialgia de 2010. Como a maioria dos itens dos critérios de 2010 pode ser obtida por autoadministração, os autores modificaram os critérios para que a autoadministração completa fosse possível.

Os autores modificaram SS scale: o critério passa a levar em consideração os últimos seis meses e não os últimos sete dias, ainda inclui (entre 0 e 3) a fadiga, o sono não reparador e os sintomas cognitivos e o escore total deixa de levar em consideração os sintomas somáticos em geral para valorizar dores de cabeça, depressão e dores abdominais. O escore

total da SS scale continua sendo 12. Além do mais esse novo critério modificado possibilita uma nova interação do paciente perante o WPI, pois é o paciente que passa a relatar dor ou sensibilidade. Nos critérios preliminares, era o médico que determinava as áreas de dor. Por fim, adicionou-se uma escala de fibromialgia (Fibromyalgia Scale -FS) com um alcance 31 pontos (a soma dos 12 pontos da SS scale com os 19 da WPI) (WOLFE *et al.*, 2011).

1.2 Epidemiologia

Os estudos sobre a prevalência da fibromialgia tornaram-se mais comuns com o estabelecimento dos critérios pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 1990, (CAVALCANTE *et al.*, 2006). O estudo da epidemiologia deve ser utilizado com a proposta de compreender o impacto da síndrome na sociedade, nas mais diversas culturas, pois não existe um consenso universal na literatura sobre a prevalência da fibromialgia na população geral (QUEIROZ, 2013). Souza e Perissinotti (2018) adicionam que os valores de prevalência relacionam-se com os critérios de classificação da síndrome.

Em um estudo realizado na população brasileira, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, a prevalência alcançou 2,5%, sendo a segunda doença reumatológica mais frequente e mais predominantes em sujeitos de baixo nível socioeconômico. Os achados desse estudo corroboraram com o estudo de Provenza *et al.* (2004) ao identificarem a fibromialgia como a segunda doença reumatológica mais frequente ficando atrás da osteoartrite (SENNA *et al.*, 2004). De acordo com Souza e Perissinotti (2018), pelo viés de dados secundários de um estudo de prevalência de dor crônica no Brasil cujo dados foram coletados em 2015-2016, a prevalência da síndrome foi estimada em 2%.

Pereira *et al.* (2009) e Alvarez-Nemegyei *et al.* (2011) procuraram avaliar a prevalência, através do questionário COPCORD⁷, de manifestações musculoesqueléticas e de dor musculoesquelética, respectivamente. Os achados do primeiro estudo apontam uma prevalência de 30,4% para manifestações musculoesqueléticas e 1,7% para fibromialgia, com o questionário aplicado em uma população brasileira, na cidade de Vitória, no estado da

⁷ Instrumento desenvolvido pelo Programa Orientado para a Comunidade para o controle de Doenças Reumáticas.

Bahia. A amostra do segundo estudo foi composta por mexicanos e os achados indicam uma prevalência de 19,6% para dor musculoesquelética.

Branco *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa em cinco países europeus (Alemanha, Espanha, Itália, França e Portugal) para estimar a prevalência da síndrome. Em cada país o London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire (LFESSQ)⁸ foi administrado a uma amostra representativa. Uma tela positiva foi definida como: atender apenas aos critérios de quatro dores (LFESSQ-4) ou atender aos critérios de quatro e dois fatores de fadiga (LFESSQ-6). A fibromialgia parece ser uma enfermidade comum nestes países europeus, levando em consideração as seguintes prevalências (LFESSQ-4 – LFESSQ-6): Alemanha (5,8% - 3,2%), Espanha (4% - 2,3%), França (2,2% - 1,4%), Itália (6,6% - 3,7%) e Portugal (3,7% - 3,6%).

Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo e Trillo-Mito (2017) investigaram a prevalência da fibromialgia na Espanha. Segundo os autores, trata-se de uma enfermidade crônica que afeta em média cerca de 2,4% da população espanhola, 2,31% da Europa e 2,1% da população mundial. De acordo com a revisão sistemática, que selecionou 65 artigos científicos e 81 evidências sobre a epidemiologia da fibromialgia, proposta por Heidari, Afshari, Moosazadeh (2017), a síndrome acomete cerca de 1,78% da população geral. Para Queiroz (2013), A prevalência global da fibromialgia, a partir de 26 estudos globais, é de 2,7%.

Marques *et al* publicaram um estudo em 2017 com a finalidade de atualizar a revisão de literatura sobre a prevalência da fibromialgia publicada em 2006 por Cavalcante *et al.* O levantamento bibliográfico a partir das bases de dados Medline, Web of Science, Embase, Lilacs e SciElo. O estudo apontou valores de prevalência da fibromialgia na população geral entre 0,2 e 6,6%. Segundo o estudo os critérios diagnósticos propostos em meados de 2010 ainda são poucos utilizados.

As mulheres são mais acometidas que os homens (WOLFE *et al.*, 1990; WOLFE *et al.*, 1995; CAVALCANTE *et al.*, 2006; JONES *et al.*, 2015; HEIDARI, AFSHARI, MOOSAZADEH, 2017; MARQUES *et al.*, 2017; OLIVEIRA JUNIOR, ALMEIDA, 2018; SOUZA, PERISSINOTTI, 2018). A proporção é de aproximadamente 5 a 10 mulheres acometidas para 1 homem (PROVENZA *et al.*, 2004; VALIM, 2010; SOUZA,

⁸ Deve ser entendido como uma ferramenta de triagem importante para estudos epidemiológicos. White *et al.* (1999a) desenvolveram e testaram LFESSQ para rastrear a síndrome da fibromialgia (FM) em inquéritos populacionais em geral. A conclusão apontou para um instrumento útil que requer entrevista pessoal para confirmar a fibromialgia.

PERISSINOTTI, 2018). No estudo inicial do Colégio Americano de Reumatologia, 89% da amostra eram mulheres (WOLFE *et al.*, 1990).

O estudo de Senna *et al.* (2004) se propôs a estimar a prevalência de doenças reumáticas em residentes de Montes Claros, Brasil, de ambos os sexos. O estudo concluiu que em quase todas as doenças (fibromialgia, lúpus e artrite reumatoide), com exceção da osteoartrite, as mulheres foram mais acometidas. Dos 219 pacientes que foram identificados com alguma doença reumática, em 76 a fibromialgia foi constada (75 mulheres). Em 15,8% dos casos a fibromialgia acometeu mulheres jovens (com menos de 35 anos), 40,8% em pessoas de meia-idade (35-44 anos) e 1,3% em pacientes idosos (65-74 anos).

Heidari, Afshari, Moosazadeh (2017) investigaram a prevalência da fibromialgia em 3.609.810 indivíduos, a partir de uma meta-análise, e encontraram prevalências de 3,98% (mulheres) e 0,01 (homens). O estudo de Marques *et al.* (2017) constatou uma prevalência em mulheres entre 2,4% e 6,8%, nas áreas urbanas entre 0,7% e 11,4% e de 0,1% a 5,2% nas áreas rurais.

O estudo inicial do Colégio Americano de Reumatologia (WOLFE *et al.*, 1990) encontrou uma prevalência mais comum na faixa etária entre 40 e 55 anos, com uma média de idade por volta dos 49 anos. Entretanto, Cavalcante *et al.* (2006) entendem que a síndrome é mais comum entre os 35 e os 60 anos. Para Queiroz (2013) é mais prevalente em pacientes com mais de 50 anos de idade e em sujeitos com baixa escolaridade e nível socioeconômico. O conjunto de sinais e sintomas se instalam entre os 25 e os 65 anos (WOLFE *et al.*, 1990).

1.3 Conjunto de sinais e sintomas associados

Apesar do principal sintoma ser a dor musculoesquelética crônica e difusa (SOUZA, LAURENTI, 2017), a fibromialgia é uma síndrome que se caracteriza por inúmeros sinais e sintomas associados (RAMOS, 2016b). Os pacientes com fibromialgia apresentam níveis significativamente elevados de fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão quando comparados a sujeitos saudáveis. Os sinais e sintomas da síndrome precisam ser considerados pelos terapeutas quando os mesmos estão engajados na tentativa de recuperar a saúde e autonomia dos pacientes. Vale destacar que alguns sintomas (depressão e fadiga) podem

interferir diretamente na manifestação de outros (distúrbios do sono e ansiedade) (PERNAMBUCO *et al.*, 2017).

A Escala de Fadiga de Piper-revisada⁹ apontou níveis moderados/graves de fadiga para os pacientes com fibromialgia. O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh¹⁰ constatou significativamente uma má qualidade do sono entre os pacientes. Os níveis de ansiedade constatados pelo Inventário de Ansiedade de Beck¹¹ foram significativos. Por fim, O Inventário de Depressão de Beck¹² apontou níveis moderados/graves de depressão para os pacientes com fibromialgia (PERNAMBUCO *et al.*, 2017). Os autores ressaltaram a importância de se estudar os sinais e sintomas associados, pois além de interferirem negativamente na qualidade de vida dos pacientes estão incluídos nos critérios diagnósticos (2010 e 2010 modificado) pós-1990.

Segundo Andrade *et al.* (2018), existe uma associação significativa entre a qualidade do sono/distúrbios do sono e os sintomas da fibromialgia. Os autores encontraram, a partir do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, uma prevalência de 92,9% em 326 pacientes estudados. Constatou-se também prevalências nos sintomas de ansiedade (77,5%), insuficiência de memória (78,5%), dificuldades de concentração (69,1%) e mau humor (59%). Segundo Keskindag e Karaaziz (2017), a redução da qualidade do sono, da eficiência e duração associa-se com uma maior intensidade dolorosa.

As alterações do sono são frequentes na fibromialgia (SILVA, PASSINOTTI, 2018), com uma prevalência, segundo Provenza *et al.* (2010), de 90%. O sono não restaura as energias (sono não reparador) gerando um conseqüente cansaço. Wu *et al.* (2017) apontam uma menor qualidade e eficiência do sono, principalmente o não reparador, capaz de comprometer a qualidade de vida dos acometidos. Além da maioria ser acometida pelos distúrbios do sono (98%), esse sintoma pode se correlacionar com a fadiga, a depressão, a dor e a redução da capacidade funcional (FERRO, IDE, STREIT, 2008; KESKINDAG, KARAAZIZ, 2017).

Para Provenza *et al.* (2010), anormalidades psicológicas acometem 40% a 80% dos pacientes, dos quais 30% a 50% apresentam depressão. Um estudo realizado na cidade de Sergipe, Brasil, com 60 pacientes com fibromialgia, teve como um dos objetivos identificar a

⁹ Instrumento de pesquisa multidimensional para avaliação da fadiga (validado no Brasil).

¹⁰ Instrumento de pesquisa no formato de questionário capaz de avaliar a qualidade e perturbações do sono no período de um mês.

¹¹ Instrumento de pesquisa, no formato questionário de auto relato, utilizado para avaliar a severidade da ansiedade.

¹² Instrumento de pesquisa utilizado para avaliar a severidade de episódios depressivos.

frequência de sintomas depressivos. Os resultados do estudo apontaram que 50% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos, a partir da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão¹³ (SANTOS *et al.*, 2012). A relação entre a fibromialgia e a depressão também foi objeto de estudo de Alves *et al.* (2016). Os autores investigaram a depressão em mulheres com fibromialgia comparadas a controles saudáveis, a partir do Inventário de Beck. O estudo constatou uma maior prevalência de depressão nos pacientes com fibromialgia e uma correlação entre a síndrome e a própria depressão.

Segundo Steiner *et al.* (2017), além de existir uma proximidade entre determinadas condições dolorosas crônicas e a depressão, a depressão é capaz de mediar a relação entre a intensidade da dor e o funcionamento físico. A presença de sinais e sintomas depressivos em pacientes com dor crônica provoca maiores intensidades dolorosas. A experiência da dor crônica, principal sintoma da fibromialgia, e as limitações impostas pela mesma pode desencadear experiências depressivas. Além do mais, os pacientes com fibromialgia são mais depressivos que indivíduos com desordens dolorosas na lombar (BARTKOWSKA, SAMBORSKI, MOJS, 2018).

De acordo com Hadlandsmyth *et al.* (2017), que examinaram se a depressão e a ansiedade se relacionam com a fadiga, distúrbios do sono e intensidade da dor, níveis altos de depressão se associam à fadiga, aos distúrbios do sono e à intensidade da dor, enquanto a ansiedade elevada também se associa à intensidade da dor. Os autores estudaram 191 pacientes com fibromialgia e encontraram níveis altos de depressão e ansiedade em 50% dos participantes (17% de ansiedade elevada apenas, 9% de depressão apenas e 24% de ambos). A depressão e ansiedade afetam negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com fibromialgia (LEE, 2017).

Apesar de ser um sintoma secundário à fibromialgia, a ansiedade é um sintoma comum e severo (BARTKOWSKA, SAMBORSKI, MOJS, 2018). Os transtornos de ansiedade são frequentes em pacientes com fibromialgia, acometendo mais esses indivíduos do que a população geral. Os indivíduos com fibromialgia apresentam níveis maiores de ansiedade traço¹⁴ e estado¹⁵ (SANTOS *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2013). O estudo de Santos *et al.* (2012) constatou que 88% dos pacientes com fibromialgia apresentaram sintomas de ansiedade, 75% apresentaram altos níveis de ansiedade traço e uma correlação

¹³ Instrumento de pesquisa no formato de questionário voltado para a avaliação da ansiedade e depressão.

¹⁴ Refere-se a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras.

¹⁵ Referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo.

entre as ansiedades traço e estado. Andrade *et al.* (2013) identificaram um perfil de ansiedade traço em 85,2% e ansiedade estado em 57,4% da amostra do estudo.

O complexo quadro sintomático da fibromialgia é capaz de provocar incapacidade funcional e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (MARTINEZ *et al.*, 2009; MARTINEZ, 2010; LEE, 2017; PERNAMBUCO *et al.*, 2017; BEYAZAL *et al.*, 2018). Em certos casos o impacto é tão significativo que é comparado aos causados por doenças crônicas e deformantes, como a artrite reumatoide, por exemplo. Infelizmente, esse impacto se reflete em dificuldade para realizar tarefas, tanto laborais quanto do dia a dia. A insegurança torna-se frequente e conseqüentemente o desempenho pessoal é prejudicado, gerando um estado de revolta em relação a saúde do próprio corpo. O comprometimento da vida social é tão grande que a influência da fibromialgia na vida conjugal, na vida familiar, na sexualidade tem sido mencionada constantemente.

Um estudo transversal com 45 mulheres proposto por Lorena *et al.* (2016) avaliou a dor e a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia para melhor compreender a correlação entre essas variáveis. Os autores utilizaram o Questionário de Impacto da Fibromialgia¹⁶, o índice de Dor Generalizada (WOLFE *et al.*, 2010) e a Escala Analógica Visual¹⁷. Os elevados valores observados nos três instrumentos de pesquisa apontam uma correlação linear entre os índices de dor e a qualidade de vida. Conclui-se que os pacientes experimentam uma diminuição da qualidade de vida por conta do principal sintoma da síndrome.

1.4 Dor crônica

A dor crônica, principal sintoma da síndrome, pode acompanhar o paciente com fibromialgia 24 horas por dia, provocando limitações funcionais e até mesmo afetivas. Trata-se de dores reais que acompanham o dia a dia dos pacientes (MATTOS, 2015). Segundo o autor a dor crônica deve ser entendida como a somatização do sofrimento, uma manifestação da insistência em viver sob circunstâncias não favoráveis ao ser humano. O autor entende a dor crônica como um processo inerente ao estresse, onde elementos de vários tipos desencadeiam o sofrimento. A dor crônica pode se apresentar como uma experiência

¹⁶ Instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o impacto da fibromialgia sobre a qualidade de vida dos pacientes.

¹⁷ Instrumento de pesquisa utilizado para avaliação da intensidade dolorosa.

relacionada ao sofrimento capaz de se inscrever no corpo (MATTOS, 2015; SOUZA, LAURENTI, 2017).

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos, em que cada indivíduo aprende a utilizar conceito por meio das suas experiências prévias. A dor continua sendo uma das grandes preocupações da humanidade desde os primórdios, variando de expressão de acordo com as diferentes culturas. Ela pode ser um sintoma ou manifestação de uma doença, porém pode vir a constituir um quadro clínico mais complexo. De acordo com a duração da manifestação dolorosa, classifica-se a dor em três tipos: aguda, crônica e recorrente¹⁸.

A aguda é aquela que se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto associada a lesões em tecidos, ocasionadas por inflamação, infecção ou até mesmo traumatismos. Em geral, desaparece quando a causa é diagnosticada corretamente e quando o tratamento sugerido pelo especialista é seguido pelo paciente. Ao passo que a crônica tem duração prolongada (meses e anos) e associa-se quase sempre a um processo de doença crônica. Por fim, a recorrente que apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem frequentemente (enxaqueca)¹⁹.

Na opinião de Le Breton (2013), a dor se distingue de uma simples mensagem sensorial (está muito além de um simples fluxo de sensações e mecanismo de defesa), pois quando integrada em termos de significação de valor nunca é propriamente fisiológica. Ao mesmo tempo que sem a dor o ser humano fica à mercê do meio que lhe pode ser hostil (função de alarme e proteção perante danos tissulares), a Anatomia e a Fisiologia não explicam as dimensões culturais da dor. Segundo Mattos (2015), o fato de a dor ser uma resposta biológica aos estímulos nocivos não impede que sua percepção e os comportamentos provocado relacionem-se com a cultura. Entretanto, a dor é interpretada como um fenômeno patológico na sociedade ocidental. Na realidade, essa é a tese que Mattos (2015) sustenta ao relacionar a fibromialgia, síndrome caracterizada por dor crônica e difusa, com o novo regime social do trabalho.

A dor é um momento de existência em que se confirma para o sujeito a impressão de que seu corpo não é ele, pois reduz o interesse pelo mundo, promove um comedimento no quesito relações sociais e interfere nas atividades do pensar. Enquanto sintoma ou doença propriamente dita está sempre relacionada à história de vida de um sujeito, entre o sofrimento de viver e o sofrimento do corpo. É capaz de provocar silêncio, ausências de palavras, solidão e incompreensão, além de se sustentar mutuamente com desejo e morte, depressão e transtornos de ansiedade (LE BRETON, 2013).

¹⁸ Capturado do site da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor: www.sbed.org.br/materiais.php?cd_secao=76 em 14/05/2018.

¹⁹ Idem

Segundo Le Breton (2011), em sua obra intitulada “Antropologia do Corpo e Modernidade”, a medicina clássica (racionalidade médica ocidental – biomedicina) aparta de suas preocupações o homem doente, sua história pessoal, sua relação com o inconsciente, para considerar apenas os processos orgânicos que se processam nele. O autor diz que a medicina permanece fiel à herança vesaliana²⁰, interessando-se pelo corpo, pela doença, porém não pelo doente. Vale ressaltar que a dor é o principal fator que impele as pessoas a procurarem auxílio médico, é a manifestação inquestionável da necessidade de buscar alívio a um sofrimento (LE BRETON, 2013).

Pereira e Magri (2019) e Santo e Azize (2019) colaboram com a presente temática no contexto dos pacientes diagnosticados com fibromialgia. Se o sistema de diagnose da biomedicina entra em contradição na tentativa de diagnosticar a fibromialgia, o sujeito, principal ator do processo saúde doença, deve ser trazido à luz. Os profissionais de saúde, diante da impossibilidade de mensurar a dor, deveriam interpretá-la de acordo com os relatos e observações colhidas perante os pacientes com fibromialgia. Entende-se que a dor não é apenas *sentida*, de acordo com a sua função de alarme, mas também *percebida*, o que de certa forma deveria reduzir a tentativa monopolista da licença para o estudo científico da dor por parte da fisiopatologia. No momento que também é *percebida*, parte-se do pressuposto que a dor encontra-se envolvida na trama cultural que determinado paciente experimenta.

De acordo com Rodrigues (2014) e Mattos (2019), as sensibilidades corporais, que incluem as percepções sobre a dor, não seguem uma perspectiva linear na história da humanidade. Na realidade, o que se tem é uma história descontínua de um homem que se apropria do seu corpo de acordo com o sistema de pensamento de uma época (RODRIGUES, 2014). Mattos (2019) sugere que a fibromialgia encontra-se situada diante da ausência de autenticidade da vida técnica contemporânea, com muitos afazeres e compromissos, sendo a falta de cuidado com o corpo e com a saúde uma consequência significativa.

Na tradição grega de Aristóteles a dor era interpretada como uma forma de emoção, uma forma de avaliar o sujeito atingido em sua intimidade. Por sua vez, o cristianismo colocou o homem em atitude receptiva diante do sofrimento, sendo a oportunidade de participar dos sofrimentos experimentados por Jesus Cristo na cruz. A sensibilidade à dor perpassa todo um sistema simbólico socialmente construído. Apesar de estarmos nos dias de hoje na era dos analgésicos e anestésicos, em que sofrer e sentir dor não faz sentido, praticamente durante boa parte da existência, a humanidade foi obrigada a lidar com os

²⁰ Diz respeito à herança deixada por Andreas Vesalius, o pai da anatomia moderna.

sofrimentos por outros meios. Nos tempos medievais, por exemplo, existiam conotações positivas no sofrer, principalmente a partir do ano 1100, quando a cruz passou a ter uma significação nova e o corpo de Cristo evocar dor (LE BRETON, 2013; RODRIGUES, 2014).

A reforma protestante racionaliza a dor e o sofrimento, percebendo-a como um mal de cujas aflições convém escapar. Enquanto que para a filosofia mecanicista de René Descartes a dor foi percebida como uma sensação produzida pela máquina (o corpo, a soma), onde o ser humano não fazia parte do sofrimento. Se na Idade Média a sensibilidade à dor pertencia ainda ao referencial metafísico, de sistema de recompensa e solidificação da fé, onde a ideia não era eliminar de imediato a experiência do sofrimento; do século XIX em diante a experiência dolorosa torna-se assunto do maquinário humano que requer ajustes neurológicos e farmacológicos. Nesse momento, corpo e alma passariam a significar dimensões distintas, a continuidade do projeto de luta contra dor que foi iniciado em meados dos séculos XVI-XVII (LE BRETON, 2013; RODRIGUES, 2014).

O progresso científico que se iniciou em meados do século XVI, que atravessou o iluminismo do século XVIII, passou a interpretar a dor como uma escória que precisa ser combatida (LE BRETON, 2013). Dessa forma, a medicina deve erradicá-la sem demora, a dor crônica torna-se um dos problemas cruciais da medicina moderna. A medicina passa a ser interpretada como o saber que possui respostas antálgicas para as dores, o que acaba por provocar uma redução do limiar de tolerância dos sujeitos. É importante frisar que inúmeros estudos destacam a gravidade e os prejuízos do desaparecimento do ser da doença no contexto da fibromialgia, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamentos (MATTOS, 2015; PEREIRA, MAGRI, 2019; SABINO, LUZ, 2019; MATTOS, 2019).

A pesquisa científica biológica passa a ser a detentora do monopólio dos estudos sobre a dor, pois apenas os testes estatísticos, os protocolos e procedimentos biomédicos podem afirmar se algo é verdadeiro, se algo é válido. A verdade sobre a cura limita-se a cura das enfermidades cientificamente definidas. Dentro desse contexto, a influência de aspectos socioculturais nos processos de dor não é levada em consideração, ou seja, apenas as ciências biomédicas participam da construção e explicação do processo saúde-doença (LUZ, 2011; MATTOS, LUZ, 2012; CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013; SANTO, AZIZE, 2019).

A racionalidade médica científica ocidental se distancia da arte terapêutica de curar os sujeitos adoecidos, preocupando-se cada vez mais com os métodos sofisticados usados para caracterizar um diagnóstico. Quando a arte de curar é levada em consideração por alguma racionalidade médica, a terapêutica predomina sobre a diagnose, pois essa

característica colabora com a reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico (LUZ, 2005; CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013). A reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico converge com Pereira e Magri (2019), Mattos (2015) e Oliveira *et al.* (2017a), pois sustentam a necessidade de buscar na relação médico-paciente o ator do processo saúde-doença: o paciente com fibromialgia.

Le Breton (2013) afirma que o homem doente é negligenciado constantemente por conta de uma procura por moléculas milagrosas. O autor ratifica que os instrumentos sofisticados da racionalidade médica ocidental não traduzem o sofrer daqueles que não apresentam uma lesão orgânica detectável. Por conseguinte, os pacientes partem de um serviço hospitalar para outro com seus pacotes de radiografias de relatórios médicos embaixo do braço, sem nunca receber a resposta esperada. A impotência surge com o aparecimento das dores crônicas, pois as mesmas não são compreendidas ou tratadas a partir dos exames e procedimentos de imagens.

Uma doença é entendida como ideal quando os sintomas se enquadram nos achados clínicos e exames complementares, entretanto quando não se encontra nenhum agente que justifique as queixas persistentes instaura-se um campo de incertezas na tradição da literatura médica (ZORZANELLI, 2011; BELARDO, CAMARGO JUNIOR, 2018). Além da causa das dores ainda não estar totalmente estabelecida pela biomedicina, existe o pensamento de toda uma sociedade que não a trata como fato existencial pertencente às dimensões social, cultural e histórica (MATTOS, 2015). O sofrimento experimentado pelo paciente com fibromialgia, por conta das dores crônicas, inscreve-se no monopólio médico de dizer a verdade e nas falhas constantes do paradigma anatomofisiológico da biomedicina perante as demandas subjetivas (MATTOS, 2015; LE BRETON, 2013).

O exame clínico para o diagnóstico da síndrome fornece poucos achados objetivos e devido à ausência de substrato anatômico, em sua fisiopatologia, a definição da fibromialgia é motivo de controvérsia. Vale ressaltar que foi a partir de 1980 que passou a ser caracterizada como uma síndrome de dor crônica. As dificuldades encontradas pela biomedicina para fechar um diagnóstico prejudicam o tratamento e situam os pacientes na fronteira entre a reumatologia e a psicopatologia (EL-HAGE *et al.*, 2006; MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

Apesar da fibromialgia ter sido “descoberta” na segunda metade do século XX e ser considerada uma síndrome com uma multiplicidade de sintomas, essa doença continua sendo um grande problema para sistemas diagnósticos e terapêuticos, pois a busca por lesões

anatômicas continua sendo a principal estratégia para classificar uma entidade como uma doença anatomopatológica e não psicológica. Atualmente está inserida no universo das síndromes somáticas funcionais que se caracterizam por diferentes sintomas, sofrimentos e incapacidades (BELARDO, CAMARGO JUNIOR, 2018).

O diagnóstico precisa estar imerso na trama cultural do paciente, pois a cultura é o lugar de aparecimento da doença já que o corpo não existe em outra dimensão (LE BRETON, 2013). Segundo Silva (2014), o discurso biomédico assinala controvérsias sobre critérios subjetivos para elaboração do diagnóstico. Ao mesmo tempo que a atividade clínica exige uma objetividade e materialidade da doença, os critérios diagnósticos da fibromialgia são subjetivos. Os pacientes são entendidos como queixosos, mentirosos e psiquiátricos a partir do momento que a biomedicina tenta objetivar o subjetivo

O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, que pode durar cerca de dez anos, serve como exemplo para explicitar a dificuldade existente entre as diferentes racionalidades médicas de entrar em um consenso sobre um quadro clínico caracterizado por ausência de marcadores biológicos de doenças. Além da insatisfação por conta de uma incapacidade invisível e pouco explicada, os pacientes são rotulados como doentes psiquiátricos ou mentirosos (LE BRETON, 2013; MATTOS, 2015). O paciente foge a um padrão de comportamento esperado e por conta disso surge a referência ao psicológico. Alguns elementos podem contribuir com a associação entre dor crônica e aspectos psicológicos: traumas emocionais; dificuldade de relacionamento na família; relação médico-paciente dificultada (LIMA, TRAD, 2007).

Segundo Le Breton (2013) e Lima e Trad (2007), diante de casos similares aos dos pacientes com fibromialgia a avaliação da dor deve se basear nas declarações dos sujeitos e na intuição dos médicos. Quando a dor não tem a evidência de um sangue que escorre ou de um membro fraturado, ela exige uma sagacidade de observação ou a confiança na palavra do doente. Acreditar na dor do doente permite sustentar a relação médico-paciente, entretanto para que isso ocorra o sujeito doente precisa falar e ser escutado. A relação médico-paciente depende de um clínico da dor que aprenda a escutar, pois a consulta médica deve ser uma negociação informal entre o médico e o ser doente.

1.5 Terapêuticas

Os pacientes com fibromialgia utilizam-se de mais terapias analgésicas que a população normal. Nos EUA seus custos de saúde anuais chegam a US\$ 9.573,00 por paciente, representando gastos 3 a 5 vezes maiores do que a população em geral. A fibromialgia e a depressão geram um ônus econômico considerável, ainda mais quando estão associadas, o que não é difícil (ROBINSON *et al.*, 2004; HEYMANN *et al.*, 2010). Segundo Robinson *et al.* (2004), os gastos alcançam 11.899 dólares por pacientes quando as duas condições estão associadas; 8.073 dólares quando o sujeito é apenas depressivo e; 5.613 dólares quando o paciente é apenas fibromiálgico. Os gastos com serviços de saúde com ambas as enfermidades, associadas ou não, é superior em comparação com a população geral (2.468 dólares por pessoa). A fibromialgia não prejudica apenas a qualidade de vida dos acometidos, pois é responsável também por um impacto significativo e negativo sobre a sociedade.

Por sua vez, Knight *et al.* (2013) avaliaram e compararam o uso de recurso de saúde e os custos associados à fibromialgia na prática clínica de rotina nos EUA, França e Alemanha. As conclusões do estudo apontaram grande carga econômica, tanto do contexto do uso de recursos de saúde quanto nos custos associados à fibromialgia. Nos EUA, por exemplo, constatou-se gastos diretos (gastos do próprio paciente com medicamentos e consultas ao consultório) anuais superiores aos dos países europeus, ao passo que os gastos indiretos (ausência no processo de trabalho, incapacidade e invalidez) foram superiores na França e Alemanha.

Os custos de saúde, mais precisamente os custos médicos que não incluíram custos hospitalares, relacionados ao diagnóstico da síndrome foram objetos de Annemans *et al.* (2008). Os custos pré-diagnóstico foram mensurados em uma análise de tendências, supondo que o diagnóstico nunca tivesse sido feito, e esses custos previstos foram comparados com os custos observados no pós-diagnóstico. Uma redução nos custos após o diagnóstico, principalmente em termos de testes e exames de imagem, produtos farmacêuticos, encaminhamentos e consultas gerais, foi observada. A falha em diagnosticar a fibromialgia se traduz em altos custos médicos, principalmente no que diz respeito às consultas gerais.

Uma parcela de custos pode ser economizada quando o paciente é tratado corretamente, evitando assim medicamentos inúteis e exames complementares desnecessários. Grande parte dos pacientes procuram um acompanhamento multidisciplinar/interdisciplinar, com a intenção de experimentarem uma abordagem completa, que inclui inúmeras disciplinas,

sobre seus sintomas e comorbidades (MARTINEZ, 2010; MARTINS *et al.*, 2014; KAS *et al.*, 2016; SALVAT *et al.*, 2017). As primeiras diretrizes da fibromialgia que procuraram direcionar o tratamento da síndrome foram publicadas em 2004, pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (PROVENZA *et al.*, 2004).

De acordo com MacFarlane *et al.* (2017), que se propuseram a fazer recomendações baseadas em evidências para o uso de abordagens farmacológicas e não-farmacológicas a partir de uma revisão sistemática, fortes evidências sustentam o tratamento não-farmacológico a partir de exercícios físicos (aeróbios ou de fortalecimento muscular), principalmente devido aos efeitos sobre a dor, função física e bem-estar. As terapias farmacológicas (duloxetina, pregabalina, tramadol, ciclobenzaprina e etc) receberam fracas evidências, apesar de serem indicadas para pacientes com dores severas e distúrbios do sono. As recomendações colocam a intervenção não-farmacológica na linha frente, antes mesmo da farmacológica.

O tratamento da fibromialgia visa o alívio dos sintomas, com a intenção de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. As intervenções multidisciplinar e interdisciplinar devem ser incentivadas, pois sabe-se que nenhum tratamento, quando aplicado sozinho, consegue suprir todas as necessidades do paciente. Essas formas de intervenção possuem o apoio social como um dos pilares fundamentais para a reabilitação do paciente, reunindo professores de Educação Física, nutricionistas e psicólogos (MARTINEZ, 2010; MATTOS, 2015). Segundo Roquete *et al.* (2012), a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade apresentam como principal característica a aproximação de diferentes saberes e disciplinas (Educação Física, Psicologia, Medicina, Nutrição, Serviço Social) para a solução de problemas específicos. Apesar da intervenção multidisciplinar possibilitar uma visão ampla sobre os fatos, não proporciona o entrelaçamento/relacionamento dos diferentes saberes. Essa característica pertence a interdisciplinaridade. Giusti, Castelnuovo e Molinari (2017) entendem que a interdisciplinaridade se caracteriza pela justaposição de disciplinas e saberes.

A integração de várias disciplinas parece ser o ponto fundamental para o tratamento da fibromialgia, pois possibilita ao paciente uma melhor compreensão do complexo estado de saúde que a síndrome promove em termos sociais, fisiológicos e psicológicos. Dentro das propostas multidisciplinar e interdisciplinar, o exercício físico é capaz de promover inúmeros benefícios aos pacientes (SARAL *et al.*, 2016; GIUSTI, CASTELNUOVO, MOLINARI, 2017; KAS *et al.*, 2016; SALVAT *et al.*, 2017). Apesar das diferenças entre a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, ambas as intervenções fazem parte de um contexto que deve apresentar como fim o paciente, de acordo com Giusti, Castelnuovo e

Molinari (2017). Segundo Martín *et al.* (2017), o tratamento interdisciplinar melhora a qualidade de vida relacionada à saúde pacientes com fibromialgia.

De acordo com Salvat *et al.* (2017), pacientes submetidos ao tratamento multidisciplinar apresentam melhora no status funcional e no nível e regularidade de exercícios físico, além de melhora funcional que pode se manter por pelo menos um ano. A intervenção multidisciplinar reuniu tratamento farmacológico, exercício físico e terapia cognitivo-comportamental. Por sua vez, o estudo de Saral *et al.* (2016) investigou os efeitos de abordagens de tratamento interdisciplinar de longo e curto prazo para reduzir sintomas e melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde e funções físicas de pacientes com fibromialgia. Em comparação ao grupo controle, os outros dois grupos (longo e curto prazo) apresentaram reduções nos quesitos intensidade da dor, número de pontos dolorosos, gravidade da fadiga e limiar de dor à pressão.

É válido ressaltar nesse momento que a interdisciplinaridade promove também benefícios psicossociais aos pacientes. Martín *et al.* (2014) ressaltaram esses benefícios a partir de um estudo que avaliou os efeitos de um tratamento interdisciplinar para a fibromialgia nos parâmetros físicos e psicossociais dos pacientes. Um ensaio clínico randomizado foi proposto sobre um grupo controle, que recebeu apenas intervenção farmacológica, e um experimental, que recebeu intervenções médicas, psicológicas, fisioterápicas e de educação em saúde. No início do estudo e 6 meses após a intervenção, os participantes completaram a avaliação do impacto da síndrome na qualidade de vida, ansiedade, depressão, dor, apoio social e satisfação com o tratamento. De acordo com as conclusões a intervenção interdisciplinar pode ser apropriada, pois promove melhoras significativas na qualidade de vida, dor e parâmetros psicossociais (satisfação perante o tratamento, apoio social, autoafirmação e autocontrole mental).

Além do tratamento interdisciplinar ser o mais indicado por conta do conjunto de profissionais de saúde e saberes atuando no processo saúde-doença da fibromialgia, ele consegue dar conta das dimensões do cuidado humano. O tratamento nesse caso é biopsicossocial, pois atua com o cuidado em saúde nas relações estabelecidas entre terapeutas e pacientes, de acordo com Berardinelli, Brito e Miranda (2019). Nessa forma de tratamento as intervenções terapêuticas são indissociadas, pois ao mesmo tempo que existe uma troca entre os diferentes saberes (Educação Física, Nutrição e Psicologia, por exemplo), o paciente diagnosticado com fibromialgia é acolhido e enxergado como protagonista do processo saúde-doença (MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a; PEREIRA, MAGRI, 2019).

Conforme abordado anteriormente o exercício físico deve fazer parte do tratamento não-medicamentoso e das intervenções interdisciplinares/multidisciplinares, por conta das inúmeras evidências científicas e do papel fundamental que o mesmo desenvolve sobre os sinais e sintomas, qualidade de vida e estado geral de saúde dos pacientes. Entende-se os exercícios aeróbios de baixo impacto, os de flexibilidade por meio de alongamentos e os contra resistidos como estratégias seguras para a reabilitação dos pacientes (OLIVEIRA, COELHO, TUCHER, 2009; BUSCH *et al.*, 2011; VALIM *et al.*, 2013; BARDAL, ROELEVELD, MORK, 2015; NELSON, 2015; OLIVIVEIRA *et al.*, 2017c; SARAL *et al.*, 2016; MARTÍN *et al.*, 2017; SALVAT *et al.*, 2017).

Segundo Bueno *et al.* (2012), a prescrição do exercício físico quando bem elaborada contribui com o condicionamento físico, funcionalidade, alívio dos sintomas associados e da dor. Apesar de em geral o exercício físico aeróbio ser a estratégia mais utilizada pelos programas de exercício no tratamento, os alongamentos e o exercícios resistidos com cargas adequadas também devem fazer parte da prescrição, principalmente por conta dos efeitos sobre o quadro sintomático. O baixo nível de exercício físico é capaz de piorar a qualidade do sono, enquanto a prática regular melhora os níveis de ansiedade (CAMPOS *et al.*, 2011; MCDOWELL, COOK, HERRING, 2017). A prática de exercícios aeróbios e de resistência muscular promovem efeitos positivos sobre a dor e a depressão dos pacientes, enquanto a qualidade de vida melhora a partir do desenvolvimento das valências físicas condicionais (resistência aeróbia, força dinâmica e flexibilidade) (STEFFENS *et al.*, 2011; SOSA-REINA *et al.*, 2017).

Os exercícios aeróbios supervisionados de intensidade moderada (75% da frequência cardíaca máxima (FCmax) prevista para a idade), praticados duas vezes por semana durante 12 semanas, promovem adaptações cardiovasculares em pacientes, como um maior consumo máximo de oxigênio (VO₂máx), e diminuição da dor em pacientes com fibromialgia (BARDAL, ROELEVELD, MORK, 2015). O estudo de Busch *et al.* (2011) também investigou a relação entre a síndrome e o exercício físico, porém a partir de uma revisão bibliográfica sobre ensaios clínicos randomizados. Segundo os autores, o exercício é comumente recomendado no tratamento por possibilitar redução da dor e depressão e melhora na função física e saúde global. A prescrição do exercício precisa ser regular e respeitar a intensidade do treinamento, pois altas intensidades podem resultar em agravamento dos sintomas e desistências. A intensidade moderada é mais segura, apesar de alguns pacientes tolerarem intensidades mais elevadas.

De acordo com Valim (2006), os exercícios aeróbicos cíclicos e supervisionados são propostas eficientes para a redução da dor, do número de pontos dolorosos, melhora da qualidade de vida e de sintomas depressivos. A autora desenvolveu orientações para a prescrição de exercícios aeróbios em pacientes com fibromialgia: a prescrição deve ser individualizada; o condicionamento aeróbio deve o tipo de exercício prescrito para todos, exceto em condições adversas; a preferência do paciente deve ser considerada na escolha da modalidade; modalidades de baixo impacto; em termos de intensidade, treinamento na frequência cardíaca do limar anaeróbio (65-70% da FCmax, ou 50-55% da FC de reserva²¹ (Karvonen)); treino progressivo, iniciar com carga menor e aumentar aos poucos; reduzir as cargas quando houver piora sintomática e; minimizar contrações excêntricas.

No quesito flexibilidade, alongamentos e fibromialgia, os estudos propostos por Lorena *et al.* (2015) e Oliveira *et al.* (2017c) merecem destaque. O estudo de Oliveira *et al.* (2017c) verificou o efeito do exercício físico supervisionado sobre a flexibilidade de pacientes com fibromialgia, a partir do Teste de Sentar e Alcançar²². Os resultados do estudo apontaram que uma intervenção não-farmacológica, a partir de exercícios resistidos, aeróbios e de alongamento, que perdure por pelo menos seis meses, melhora significativamente a flexibilidade. O tempo de sustentação de cada alongamento estático foi de 10 segundos nos principais grupamentos musculares do corpo: bíceps braquiais, tríceps braquiais, peitorais, glúteos, deltoides, adutores dos quadris, quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural, adutores das escápulas e músculos da região lombar.

Por sua vez, Lorena *et al.* (2015) sistematizaram evidências científicas sobre a utilização dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia. As autoras desenvolveram uma revisão sistemática sobre o assunto, a partir de bases de dados da web como SciElo, MedLine, Lilacs e PEDro. De acordo com os resultados, a qualidade de vida e a condição física dos pacientes melhorou, além de uma redução significativa da dor. De acordo com Marques *et al.* (2007), exercícios de alongamento ativo, aplicados uma vez por semana, durante 10 semanas, com uma duração de 50 minutos, com manutenção da posição por 30 segundos, melhora significativamente a qualidade de vida, a dor, o sono, a ansiedade e a depressão de pacientes com fibromialgia.

Dentro da discussão sobre os efeitos do alongamento muscular sobre o quadro sintomático da síndrome, Assumpção *et al.*, (2017) verificaram e compararam a eficácia do

²¹ FC de reserva = após a subtração da FC max pela FC de repouso aplica-se ao resultado a % determinada.

²² Teste proposto por Wells e Dillon (1952) a fim de mensurar a flexibilidade dos músculos posteriores dos membros inferiores e coluna

exercício de alongamento muscular e treinamento resistido para sintomas e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. Os resultados indicam que o treinamento resistido, em comparação com o de flexibilidade, tem se mostrado mais eficiente no controle da depressão e quadros mentais. O alongamento muscular, com uma intensidade que aumenta gradualmente até o desconforto moderado, realizado duas vezes por semana por 12 semanas, com uma manutenção do posicionamento por 30 segundos, é eficiente na melhoria da qualidade de vida, especialmente no que se refere ao funcionamento físico e à dor crônica.

Os benefícios proporcionados pelo treinamento resistido foram apresentados por Vaughn *et al.* (2016). O estudo examinou o efeito de exercícios de fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores sobre a fibromialgia. O treinamento envolveu inúmeros grupamentos musculares, como o bíceps, tríceps, ombros, quadríceps, glúteos, isquiotibiais e gastrocnêmios e solear, por meio de máquinas, bandagens elásticas e pesos livres, com 2-3 séries de 10-15 repetições. Apesar dos autores não terem apontado resultados significativos, o treinamento contra resistido foi capaz de reduzir escores do Questionário de Impacto da Fibromialgia, o que indica efeitos interessantes sobre a saúde dos pacientes.

O treinamento resistido de intensidade moderada pode ser realizado com segurança, além de ser capaz de melhorar a função física, dor e força muscular dos envolvidos. Segundo o estudo, o treinamento realizado por 12 semanas promove efeitos interessantes no quadro sintomático dos acometidos (BUSCH *et al.*, 2013). Parece que 8 semanas de treinamento resistido é o suficiente para diminuir significativamente os distúrbios do sono dos pacientes com fibromialgia (ANDRADE, VILARINO, BEVILACQUA, 2017). Entretanto, Glasgow, Stone e Kingsley (2017) relataram efeitos positivos do treinamento resistido sobre o impacto da fibromialgia na vida dos pacientes, a partir de treinos por duas vezes por semanas, durante 8 semanas, com 3 séries de 8-12 repetições (50%-60 de uma repetição máxima (1RM)). Além do mais os participantes conseguiriam aumentar significativamente o 1RM nos exercícios de supino reto e extensão de joelhos.

Conforme exposto nos parágrafos acima, os exercícios aeróbios, de resistência muscular e de flexibilidade precisam fazer parte do processo saúde-doença da síndrome por conta dos inúmeros benefícios que proporcionam à qualidade de vida, ao quadro sintomático e ao estado geral de saúde. Entretanto, cabe ressaltar nesse momento o exercício físico enquanto prática corporal de saúde. As práticas corporais se inscrevem no campo da Educação Física, segundo Luz (2005), Carvalho e Manoel (2015) e Oliveira *et al.* (2017a), quando a Saúde

Coletiva²³ atravessa o campo interdisciplinar dessa área de intervenção. Trata-se de uma Educação Física que não privilegia apenas as Ciências Biológicas e visa ampliar possibilidades interpretativas relativas ao corpo. Passa a ser uma Educação Física que interfere de maneira mais benéfica no processo saúde-doença, pois escuta, analisa e avalia o que se pensa e se faz em saúde, levando em consideração as dimensões coletivas, sociais e públicas.

Segundo Antunes *et al.* (2018), que realizaram uma revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares (PIC) em saúde, os estudos analisados se apropriaram do processo saúde-doença para além das concepções biológicas de corpo, onde esta superação expressou-se na associação de práticas com a integralidade²⁴, o cuidado, a humanização e a educação em saúde. Os resultados dos estudos apontaram para práticas corporais que possuem inúmeras potencialidades para a saúde: sensações de relaxamento, alívio de sintomas, bem-estar, redução da ansiedade e do estresse e melhora do sono. Além do mais, as considerações finais sugerem o processo de ressignificação das formas de lidar com a saúde e a doenças, onde os sujeitos conseguem compreender as adversidades que acometem o corpo.

As práticas corporais são componentes da cultura corporal, remetem à descoberta e a consciência do corpo e carregam consigo os sentidos e significados²⁵ que os sujeitos lhes atribuem (CARVALHO, 2006; CARVALHO, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2017a). Os benefícios atrelam-se para além da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, dos pressupostos fisiológicos. Existe então uma contraposição à ideia de exercício físico nesse contexto, pois o mesmo homogeneiza o coletivo na impessoalidade, padroniza o corpo, com base na racionalidade médica ocidental. A superação desta lógica é necessária, a fim de articular as perspectivas sociais, culturais, econômicas e políticas, além das biológicas, no processo saúde-doença (CARVALHO, 2007; MENDES, CARVALHO, 2015a; CARVALHO, 2016).

Dentro desse contexto que reúne os aspectos hegemônicos e socioculturais das práticas corporais, Carvalho e Luz (2009) e Luz (2005) chamam atenção para os dois paradigmas que orientam essas práticas: o clássico/moderno e o vitalista. O paradigma

²³ Campo de saberes e práticas que toma como objeto de estudo as necessidades sociais de saúde, constituindo possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliação das formas de intervenção (LUZ, 2005).

²⁴ É a compreensão completa do ser humano, a partir da ampliação da escuta, do acolhimento das histórias de vida e do deslocamento da atenção para o próprio sujeito do adoecimento (CARVALHO, 2007).

²⁵ A todo componente da cultura corporal são atribuídos valores, sentidos e significados (CARVALHO, 2006). É a partir do seu universo simbólico e das suas relações sociais construídas que o ser humano consegue atribuir sentidos e significados (CARVALHO, LUZ, 2009).

clássico relaciona-se à Ciência Natural, à biomecânica e aos pressupostos da fisiologia humana e do exercício, reproduzindo saberes especializados das disciplinas que enquadram-se na cisão natureza/cultura, objeto e sujeito, corpo e mente. Enquanto isso, o paradigma da vitalidade opera com as concepções de integralidade e de vitalidade. As ações são mais voltadas para o atendimento dos usuários de saúde e menos para o método de intervenção, pois lida com um conceito amplo de saúde a partir das Ciências Humanas e Sociais. Entretanto, vale ressaltar que não existe um limite entre esses paradigmas no que concerne as práticas corporais, por conta da complexa cultura contemporânea que valoriza o controle das doenças ao mesmo tempo que visa qualidade de vida.

Esse conjunto de práticas sociais com envolvimento motor, que são realizadas fora das obrigações laborais, domésticas e religiosas, possuem elementos fundamentais, segundo González (2015): a) o movimento corporal; b) uma organização interna (de maior ou menor grau) pautada por uma lógica específica; e c) produtos culturais vinculados com o lazer e o cuidado com o corpo e a saúde. Entretanto, essas práticas não devem ser interpretadas como simples mecanismo de produção de gasto energético, pois estão inseridas em um modelo de Atenção Básica²⁶ que supera o modelo biomédico (a partir de hábitos, comportamentos e estilos de vida pessoais).

No contexto da fibromialgia, Mattos (2015) entende que as práticas corporais de saúde possibilitam maior autonomia, melhor enfrentamento da síndrome e, por conseguinte, melhor qualidade de vida relacionada à saúde. Essa proposta de tratamento com base na coletividade produz novos sentidos e significados para o viver e compartilhamento de histórias de vida semelhantes entre pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis.

Segundo Oliveira *et al.* (2017a), o discurso de grande parte das pacientes entrevistadas confirmou o importante papel das práticas corporais no tratamento para pessoas com fibromialgia. Alguns relatos confirmaram que foi durante as práticas corporais que as pacientes encontraram um grupo capaz de falar a mesma “língua” e respeitar os sinais e sintomas da síndrome. Os ambientes laborais e domiciliares não proporcionaram experiências acolhedoras e de cuidado. O cuidado está presente na conversa e na atitude do professor de Educação Física que busca reconhecer as necessidades dos pacientes no que diz respeito à saúde. Além do mais, engloba também a preocupação dos professores com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e não apenas nas ações curativas.

²⁶ Porta de entrada para o usuário no serviço de saúde (SUS). A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (CARVALHO, 2006).

2 DA DÁDIVA DE MARCEL MAUSS AO TERCEIRO PARADIGMA

2.1 A dádiva de Marcel Mauss

Segundo Lévi-Strauss (2017b), Marcel Mauss se preocupou com o estudo e a descrição dos usos que os homens, ao longo do tempo, fizeram de seus corpos. O corpo é interpretado como o primeiro e o mais natural instrumento do homem, pois é a partir dele que o sujeito consegue manifestar e revelar o seu envolvimento com a sociedade (MAUSS, 2017a). Trata-se de um corpo como estrutura simbólica, pois o estatuto do mesmo revela o enraizamento do sujeito com a realidade sociocultural, distanciando-se do corpo enquanto conjunto de órgãos apenas.

A noção de técnicas do corpo revela tal enraizamento, pois para Mauss (2017a) são as maneiras como os homens, de sociedade a sociedade, de uma maneira tradicional, sabem servir-se de seu corpo. Cada sociedade tem seus próprios hábitos, sendo a técnica corporal uma verdadeira proximidade entre o sujeito e a coletividade, sempre partindo do concreto (sociedade/tradição) ao abstrato. O esforço do antropólogo encontra-se na tentativa de sustentar uma compreensão de corpo que escape aos pressupostos biológicos apenas, pois essas técnicas são todos os modos de agir, um ato tradicional eficaz que é transmitido pelas gerações.

O caráter que pode ser entendido como inovador é a compreensão do corpo enquanto dimensão simbólica, dentro de um pressuposto de totalidade que não sugere uma dimensão física/biológica isolada. Em outras palavras, o autor sustenta os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociológicos na consideração e totalidade do ser humano. Essas dimensões, sempre indissociadas entre si, estão presentes em todas as condutas humanas, lidas como técnicas corporais transmitidas de forma tradicional. Trata-se do corpo e, por conseguinte, de suas técnicas, enquanto fato social total (MAUSS, 2017a, 2017b).

De acordo com Lévi-Strauss (2017b), o conceito “fato social total” revela a responsabilidade da sociologia/antropologia de buscar a recomposição do todo, a preocupação com a totalidade, não se limitando na simples integração de aspectos físicos, sociológicos e psicológicos. Entretanto, Lévi-Strauss (2017b) e Mauss (2017b) compartilham da ideia de que

o fato social total, apesar de ressaltar o papel da coletividade e do aspecto tradicional sobre o corpo e suas técnicas, se manifesta numa experiência individual. Encontra-se na história individual a possibilidade de observar o comportamento de sujeitos totais, a oportunidade de explicar e interpretar de maneira simultânea os aspectos físicos, psíquicos e sociológicos das condutas.

A apreensão do fato social total deve coincidir a objetividade da análise histórica e comparativa com a subjetividade da experiência vivida pelos sujeitos, no caso do presente estudo os pacientes com fibromialgia (BONOMI, 1968). Trata-se da recusa de entender o fato social enquanto antinomia sujeito e objeto (estrutura social), pois as relações objetivas do social são sempre experimentadas e vividas por uma consciência na subjetividade. Em outras palavras, um único movimento envolve as propriedades objetivas e a experiência subjetiva, não existindo primeira ou segunda instância. O sentido e a função de uma instituição, por exemplo, são captados quando busca-se sua incidência em uma consciência individual.

Para Lévi-Strauss (1968), em concordância com as ideias de Bonomi (1968), os fatos sociais totais são vividos e experimentados pelos homens, não se restringindo à fragmentos que compõe o todo social. Ao que parece, o que não deve escapar ao observador é o movimento do todo, o aspecto vivo, o instante em que os homens tomam consciência de si mesmos e de sua situação relativa aos outros. O social se traduz em importância quando revela-se vivo na realidade individual, seja do observador ou do observado.

Em seu texto clássico “Ensaio sobre a dádiva – forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”, Mauss (2017b) apresenta e define o seu entendimento sobre o fato social total. Na concepção do autor existe nestas sociedades um grande conjunto de fatos que são muito complexos, pois nesses fatos tudo o que constitui a vida em sociedade se mistura. Mauss nomeou esses fenômenos sociais ou fatos como “totais”, por conta de exprimirem, de forma indissociada, as mais diversas instituições que se manifestam na vida em sociedade dos sujeitos: religiosas, jurídicas, morais, políticas e familiares.

Portanto, o fato social total apresenta-se como uma tríplice aproximação entre as dimensões sociológica, histórica e fisiopsicológica, sendo importante ressaltar que é somente nos indivíduos que essa tríade pode ocorrer, por isso a necessidade de levar em conta a experiência individual dos homens. Tudo isso é social em um certo sentido, ao passo que somente na forma de fato social total que essas dimensões apresentam significação global para tornarem-se uma totalidade (LÉVI-STRAUSS, 2017b; MAUSS, 2017b).

O conceito de fato social total proposto por Mauss foi pensado e desenvolvido em convergência e distanciamento aos estudos de Émile Durkheim. Para Durkheim (2011), os fatos sociais constituem-se como os verdadeiros objetos de estudo da sociologia científica, sendo as maneiras de agir, pensar e sentir que apresentam a notável propriedade de existir fora das consciências individuais. Ou seja, os objetos devem ser estudados de maneira objetiva, a partir dos caracteres exteriores, isolados dos fatos individuais que podem manifestar-se sobre os fatos sociais, atendendo a três características: coerção, exterioridade e generalidade. A generalidade destaca os fatos sociais enquanto elementos coletivos e não individuais, atingindo assim toda a sociedade; a exterioridade é a característica que denomina os fatos sociais exteriores ao indivíduo e que já estão organizados quando o sujeito nasce; enquanto a coerção está relacionada com a imposição, por meio da força ou poder, de padrões culturais sobre os integrantes.

Na sociologia de Durkheim os objetos eram tratados como se fossem coisas, devido à ênfase nos aspectos exteriores aos indivíduos. Os comportamentos e pensamentos são não só exteriores ao indivíduo, como também dotados de um poder imperativo e coercivo em virtude do qual se lhe impõem, quer queira, quer não:

Trata-se sempre de maneiras de agir ou de pensar, consagradas pela tradição e que a sociedade impõe aos indivíduos. Estes hábitos coletivos e as transformações pelas quais passam incessantemente: eis o objeto próprio da sociologia (FAUCONNET, MAUSS, 2009, p. 9).

Os fatos sociais são, dessa forma, causa, pois são verdadeiras representações coletivas que vinculam-se ao íntimo da vida social. É a partir deste entendimento que os fatos sociais podem ser lidos como fenômenos da consciência coletiva, onde a educação ganha destaque. Em outras palavras, no contexto dos fatos sociais, enquanto representações da coletividade, a educação é o processo pelo qual a consciência coletiva é adicionada às mais variadas consciências individuais. As maneiras de pensar e agir que se encontram estabelecidas são transmitidas pela educação (FAUCONNET, MAUSS, 2009).

Marcel Mauss, por sua vez, alinhado inicialmente às ideias de Durkheim (2011, 2015), propõem o fato social total no intuito de pensar a sociedade enquanto simbolismo e não apenas sistema de coerção exterior. Na realidade, os fatos sociais fazem parte de uma apreensão subjetiva e simbólica, onde o social apenas existe quando integrado em sistemas de interpretações tridimensionais, ligando o social ao sujeito, ao físico e também ao psicológico (MAUSS, 2017b).

De acordo com Caillé (2002), o componente simbólico do fato social total é a saída para lidar com os hiatos e cisões do fato social que perpassam o sujeito e a sociedade. É importante mencionar que o viés coercitivo do fato social não desaparece, pois existe ainda a obrigação de submeter-se à lei do simbolismo. Entretanto, esta obrigação não se exerce como exterioridade, pois não há uma separação entre o sujeito e o social, mas sim uma relação de continuidade ou cotradução. Em outras palavras, o simbolismo de Mauss extrapola as antinomias próprias do fato social.

Lévi-Strauss (1968), por sua vez, ressalta que Mauss, sem contradizer Durkheim, reestabelece pontes com algumas outras ciências do homem: História, Psicologia e Biologia. Corpo, alma, sociedade, tudo se mistura, sendo importante entender que os fenômenos sociais são, além de primeiramente sociais, também, e ao mesmo tempo, fisiológicos e psicológicos, fundamentando a tríade do fato social total. É possível afirmar que Marcel Mauss propôs uma reflexão e superação de uma antinomia que se arrastava/arrasta nas ciências dos homens ou do espírito.

No que diz respeito às discussões levantadas na introdução e no capítulo primeiro do presente estudo, o paciente com fibromialgia, com frequência, não é interpretado a partir desse pressuposto de totalidade. A tríade constituinte do fato social total, o fisiológico, o psicológico e o sociológico, deve se fazer presente no processo saúde-doença da fibromialgia, tanto no diagnóstico da síndrome quanto nas terapêuticas. O fato social total possibilita articular o corpo a uma perspectiva interdisciplinar, pois em qualquer realização do ser humano as dimensões sociológica, psicológica e fisiológica estarão presentes (MAUSS, 2017b). Trata-se da possibilidade de ampliação do entendimento sobre corpo no campo da saúde a partir da antropologia de Marcel Mauss.

Lévi-Strauss (2017a) não se distancia do presente raciocínio ao introduzir a eficácia simbólica. Para o antropólogo existe uma subjetividade no campo da dor ou do processo saúde-doença que solicita o enraizamento sociocultural do homem. Em outras palavras, ocorre a partir da crença do doente que está sendo tratado; a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas e; da confiança e as exigências da coletividade. A cura dentro desse contexto é simbólica, pois leva em consideração a participação do processo de interação social em um quadro que inicialmente caracterizava-se por sofrimento. A síndrome da fibromialgia se distancia de tal pressuposto, pois a literatura evidencia que a eficácia simbólica não se estabelece (MATTOS, 2015, OLIVEIRA *et al.*, 2017a; SOUZA, LAURENTI, 2017; BELARDO, CAMARGO JUNIOR, 2018).

A dimensão simbólica do corpo e, por conseguinte, as relações de troca imbricadas, é exatamente o ponto de partida que Mauss (2009, 2017b) estabelece nos estudos sobre a dádiva. O antropólogo estudou as formas e as razões das trocas de dádivas materiais e imateriais, sempre simbólicas, nas sociedades caracterizadas como tradicionais, aquelas que na concepção de Mauss ainda não tinham um grande mercado comercial estabelecido. Os povos do noroeste americano, Nova Zelândia (Maori), melanésia, polinésia, Índia, escandinavos, germânicos e etc, serviram como objeto de estudo.

A questão central estabelecida por Mauss (2017b) ainda no início da obra é a seguinte: qual é a regra de direito e de interesse que, nas sociedades arcaicas, faz que o presente recebido (dádiva) seja obrigatoriamente retribuído? Que força é essa capaz de estabelecer uma tripla obrigação – dar, receber e retribuir? O foco das problemáticas estabelecidas encontra-se na moral e na economia que regem essas transações, essas formas antigas de contrato que garantem solidariedade. O método utilizado por Mauss foi o comparativo. Embora não tenha sistematizado o passo a passo da etnografia, ele lançou mão da comparação entre diferentes sistemas de dádivas nas sociedades ditas tradicionais.

Antes mesmo de Mauss pensar a solidariedade como uma das formas de expressão da teoria do dom, Durkheim (2015) talvez tenha sido um dos primeiros teóricos a pensar a problemática da solidariedade nas sociedades. Durkheim (2015) estuda a solidariedade na intenção de entender o que une as pessoas enquanto coletividade, como as maneiras de exercer sobre os sujeitos uma coerção exterior independente de suas manifestações individuais. Trata-se da solidariedade como fenômeno moral, uma unidade que integra as pessoas a partir da religião, educação e política. Ou seja, um conjunto de sujeitos constitui a sociedade a partir da solidariedade, pois são as forças morais que comandam a sociedade e moldam os indivíduos dispersos.

De acordo com o sociólogo, nas sociedades tradicionais, aquelas caracterizadas como pouco diferenciadas, as funções sociais dos sujeitos eram semelhantes. Nestas sociedades, a coesão social relaciona-se com o fato de os sujeitos compartilharem as mesmas crenças, interesses e valores, onde não se encontra significativa divisão do trabalho. A consciência coletiva²⁷, conjunto das crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma sociedade, é a fonte da solidariedade e promove um sistema de coerção sobre o comportamento dos sujeitos. Trata-se da solidariedade mecânica.

²⁷ Habita as mentes individuais e serve para orientar a conduta dos indivíduos. Está acima dos indivíduos e é externa a eles (DURKHEIM, 2015).

Entretanto, com a significativa acentuação da divisão do trabalho e funções especializadas nas sociedades que experimentavam o processo de industrialização e modernização, Durkheim (2015) sugere o desenvolvimento de uma solidariedade orgânica. A divisão do trabalho transformou a sociedade em um grande organismo, onde os sujeitos são os órgãos que exercem diferentes funções e possuem personalidades distintas. A consciência coletiva deixa descoberta uma parte da consciência individual²⁸ nesse modelo de sociedade e são as regras e códigos de conduta que passam a garantir a coesão social.

Diferente da solidariedade mecânica onde forças morais eram responsáveis pela consolidação da solidariedade, na solidariedade orgânica é a divisão do trabalho que garante a solidariedade. A transição entre estes dois modelos de solidariedade sustenta o enfraquecimento do caráter moral e o crescente individualismo moderno, apesar da divisão do trabalho ainda sugerir uma função moral de unir os indivíduos. O que é moral é tudo aquilo que é uma fonte de solidariedade, forçando os sujeitos a regularem suas ações em detrimento da coletividade (DURKHEIM, 2000, 2015).

As obrigações embutidas na teoria do dom de Mauss herdaram as contribuições de Durkheim sobre a solidariedade, no sentido de pensar o que mantém os sujeitos unidos. Por conta disso, Mauss (2017b) rejeita a tese de que a circulação de banquetes, ritos, serviços, festas, danças e mulheres, traduzam-se apenas em trocas mercantis como finalidade última. Trata-se de um sistema de prestação total por conta da finalidade última ser a comunhão/aliança/solidariedade entre os clãs ou tribos envolvidos, em função de superar a esfera econômica, englobando a vida em sociedade nas suas mais variadas dimensões (MAUSS, 2009, 2017b). É a partir desse pressuposto, por exemplo, que Mauss sugere a noção de fato social total, exposta e discutida anteriormente.

Na realidade são as coletividades que se obrigam mutuamente, trocam e contratam as dádivas. Ao passo que as trocas sejam no fundo obrigatórias, o que foi dado será recebido e por fim retribuído, ocorrem de maneira voluntária e esbarram na espontaneidade (MAUSS, 2017b). Trata-se de um paradoxo que perpassa esse texto de Marcel Mauss, pois a obrigação de participar do ciclo, que não por coincidência foi nomeado de tripla obrigação, depende de um movimento gratuito por parte dos sujeitos envolvidos na trama sociocultural. O papel da espontaneidade desses atos é de extrema importância para revelar o caráter simbólico que extrapola as meras transações econômicas.

²⁸ O modo próprio de pensar e interpretar a vida. Na sociologia de Durkheim, formas padronizadas de conduta e pensamento habitam as mentes individuais dos sujeitos (DURKHEIM, 2015).

A obrigação de retribuir uma dádiva recebida repousa em elementos fundamentais no caso da polinésia, de acordo com o autor. Um presente dado carrega consigo elementos com honra, prestígio e mana (criador do vínculo social), proporcionando a obrigação absoluta de retribuir as dádivas sob o risco de perder essa autoridade, esse talismã e essa fonte de riqueza que é a própria autoridade (MAUSS, 2009, 2017b). O filho, entendido como uma dádiva no formato de bem uterino, é o meio pelo qual as dádivas da família da mulher são trocadas pelas da família do esposo. Esse processo de interação social ocorre nas grandes festas de nascimento.

Conforme ressaltado no parágrafo anterior, o mana, criador do vínculo social entre os atores sociais e grupos envolvidos, diz respeito a uma força que contribui para unir os grupos participantes do processo da dádiva. Na ocasião dos estudos de Mauss o mana foi observado e pensado no fortalecimento de tribos, clãs e grupos de sociedades tradicionais. No presente estudo o ciclo que envolve a tripla obrigação de dar, receber e retribuir, repousado em elementos essenciais do campo do simbolismo como honra e prestígio, está sendo estudado no contexto de pacientes com fibromialgia que participam de um Programa de extensão que oferece terapêutica interdisciplinar e práticas corporais. A ideia não se relaciona em pensar o papel da dádiva na união de clãs ou tribos rivais, mas sim no papel desempenhando no processo saúde-doença da fibromialgia.

Mauss (2017c) ressalta que o mana não é apenas uma força, pois é um estado que a consolida como um verdadeiro ser. O mana possui uma eficácia verdadeira nas práticas que encontra-se envolvido já que trata-se de uma ação espiritual que produz vínculos mesmo que à distância. Assim como um determinado presente possui o mana no ato da troca, uma flecha envenenada ou até mesmo uma planta com cura também são possuidores, pois é o próprio mana que rege as representações estabelecidas. Em outras palavras, é uma categoria do pensamento coletivo, uma consciência do sujeito em razão da existência da sociedade.

No caso dos Maori da Nova Zelândia, Mauss (2009) observou que nas coisas dadas repousava um espírito (Hau). Todos os bens ou propriedades entendidas como pessoais possuem um Hau, um verdadeiro poder espiritual que acompanha aquilo que é doado a um terceiro. O interessante é que o Hau da coisa dada acompanha o processo da tripla obrigação, na realidade é esse próprio espírito que conduz ou move as dádivas. O antropólogo destaca que é o Hau que pretende voltar ao lugar de nascimento ou origem, pois mesmo doado pelo sujeito ainda conserva algo dele (MAUSS, 2017b). Em outras palavras os itens possuem uma

alma, sendo o processo de doação ou empréstimo uma verdadeira apresentação de si já que a coisa conserva um pouco do sujeito.

Mauss (2009) observou que as trocas realizadas na sociedade do Tonga eram dotadas de Hau. De acordo com o antropólogo, o Hau destaca não apenas o caráter espiritual das trocas, pois no dicionário Maori possui um terceiro sentido, o de “return presente” ou retorno do presente. Por conta disso o presente não pode e não deve ser conservado não mãos de algum sujeito, pois o próprio sentido do termo indica a necessidade de colocar os presentes e os bens em circulação/movimento.

É difícil pensar o Hau nos tempos contemporâneos por conta de um mundo cada vez mais desencantado e dessacralizado, onde as explicações míticas, religiosas e mágicas perdem cada vez mais força para as necessidades de um mundo cada vez mais técnico e científico (WEBER, 2012), entretanto não é tão distante pensar na hipótese de que as dádivas materiais ou imateriais doadas podem colocar o receptor em dívida. Na realidade, a conservação do presente ou a não participação no ciclo da tripla obrigação pode ser perigosa e mortal, pois as coisas possuem um poder mágico e religioso.

Mauss (2017d) ressalta a importância e os perigos mortais que perpassam as relações imbricadas entre os Maori da Nova Zelândia e os Australianos e a coletividade. O autor sustenta a existência de um efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade quando as regras morais ou tradicionais não são respeitadas. Na realidade trata-se de um sistema de crenças, noções morais e religiosas que predominam e impregnam as mentalidades de toda uma sociedade. As ideias até então construídas sustentam-se e reproduzem-se sob a pressão permanente do grupo, sendo dessa forma uma ação moral sobre o físico.

Um sujeito ferido ou machucado, mesmo que de maneira leve e superficial, possui poucas chances de vida caso realmente acredite que a flecha lançada contra seu corpo esteja enfeitiçada. A cura apenas se estabelece quando o sujeito faz as pazes com as regras que violou. Em outras palavras, os acontecimentos morais e religiosos sugerem ao sujeito a ideia dominante de que ele vai morrer, por conta da eficácia das palavras e do perigo de determinados atos efetuados. Dessa forma, acredita-se que um Maori possa definir por conta da guerra, suicídio, causa naturais e também pelos espíritos (violação de tabu ou magia) (MAUSS, 2017d).

O ponto não é sustentar que a não retribuição da dádiva resulte em um efeito físico no sujeito da ideia de morte, apesar de Mauss (2009, 2017b) destacar que a participação no

ciclo da tripla obrigação é capaz de evitar guerras e até mesmo desavenças entre clãs e tribos rivais. O ponto de convergência entre os dois textos encontra-se na dependência que existe entre o sujeito e a coletividade, pois não se trata de um indivíduo que possui o total controle de sua vida, e o papel desempenhado pela moral nas escolhas. Por conta disso que Mauss nomeou esse processo de sistema de prestação total, conforme ressaltado anteriormente, pois envolve as mais diversas dimensões da vida em sociedade.

No que diz respeito ao processo de retribuir um presente a fim de evitar guerras e desavenças entre clãs, é válido ressaltar que existe também uma obrigação de dar um presente, e não apenas retribuir. Assim como recusar receber uma dádiva e negligenciar um convite, a recusa da doação também é capaz de desencadear confrontos e guerras. Logo, existe uma obrigação nas ações de dar, receber e retribuir, em sintonia com o sistema de prestação total. Ninguém é livre para recusar um presente dado, sendo assim os sujeitos procuram superar-se uns aos outros nos atos de generosidade (MAUSS, 2009, 2017b).

As trocas de dádivas na vida social, material e moral, dos melanésios e polinésios funcionam ao mesmo tempo de uma forma desinteressada (voluntária e gratuita) e obrigatória, porém essa obrigatoriedade ocorre de maneira mítica/mágica, em outras palavras de forma simbólica e coletiva. O aspecto do interesse relaciona-se aos itens trocados, pois jamais se separam por completo dos sujeitos envolvidos no processo. A aliança e a comunhão estabelecidas podem ser interpretadas como indissolúveis. A manutenção da influência das coisas doadas perante os indivíduos traduz a forma como os sujeitos ou grupos dessas sociedades tradicionais permanecem constantemente imbricados (MAUS, 2017b).

Os estudo sobre a dádiva exemplificam os impasses e continuidades entre o fato social total e o fato social. Enquanto o fato social atua como determinação e exterioridade, onde o que se preza são as coisas que escapam às consciências individuais dos sujeitos, algo próximo ao determinismo objetivista, o fato social total é a determinação pelo simbolismo, pois além de romper com a temática da coerção tem acesso a uma problemática da determinação que age precisamente como liberdade (CAILLÉ, 2002). O fato social estuda as coisas a fim de explicar a relação social, ao passo que o fato social total se permite a compreender ou interpretar os fenômenos, mesmo que não abandone a temática da obrigação ritual (obrigação pela liberdade).

É possível pensar tais trocas como certas práticas mágicas, pois produzem efeitos especiais a partir de suas aplicações. Dentro desse contexto o semelhante produz o semelhante, pois as coisas que em um primeiro momento estiveram em contato, mas que

agora já não estão mais, continuam a atuar umas sobre as outras como se ainda estivessem em contato constante e prolongado. A magia pode ser interpretada como uma prática que envolve os agentes (sujeitos que executam os atos mágicos), o próprio ato mágico (envolve repetição, é a magia como um todo) e a representação (são as ideias e as crenças que correspondem aos atos) (MAUSS, 2017c).

Um ato é entendido como mágico quando é eficaz, coletivo, repetitivo e quando os sujeitos acreditam. Logo, é um verdadeiro tecido de simbolismos e simpatia, pois um mundo de ideias comanda e coordena os movimentos que serão realizados. As palavras, os rituais e os encantamentos são mágicos e detentores de uma força oculta que promove eficácia. A partir do momento que o efeito é concebido ou produzido mecanicamente, como no caso dos gestos e movimentos realizados por um artesão, caracteriza-se como técnico e não mágico, pois envolve eficácia mecânica apenas (MAUSS, 2017c). O ato médico, de acordo com o antropólogo, pode ser técnico e mágico, pois vincula-se tanto à eficácia simbólica das palavras quando a eficácia mecânica/técnica dos procedimentos.

Na concepção de Mauss (2009, 2017b), o noroeste americano merece destaque quando o assunto envolve os movimentos de trocas de dádivas, por conta da presença de um sistema de prestação total de forma agonística específico. Trata-se do que Mauss nomeou de Potlatch, uma instituição que desempenhou um papel considerável não só na vida dos povos do noroeste americano, mas também na dos celtas, trácios, germanos, indianos, melanésios e os da Nova Caledônia. O contrato do Potlatch começa por uma troca de bens cuja retribuição se impõe, necessariamente, com um certo acréscimo. A retribuição deverá superar a doação em termos bem pontuais, pois a rivalidade entre os mais generosos entre em cena.

O Potlatch é esta instituição, até aqui tida como especial do Noroeste Americano, onde clãs fratrias (famílias) confrontadas rivalizam entre si em despesas, mesmo em destruição de riqueza, e que regula toda a vida social, política, religiosa, estética, econômica das Kwakiutl, Miada, Tlinkit, etc (MAUSS, 2009, p.351).

Na realidade o conceito Potlatch é traduzido como distribuição de propriedade, pois este termo possui o traço característico do uso que consiste basicamente na realização de trocas e de distribuições. Entretanto, é um equívoco muito grande interpretá-lo como um fenômeno exclusivamente da vida econômica dos sujeitos, pois controla a vida religiosa, jurídica, estética, artística e familiar. Ou seja, tudo na vida dos povos do noroeste americano, por exemplo, é um pretexto para o Potlatch. Trata-se de uma forma de troca coletiva que não

se reduz aos aspectos individualista e econômico, funcionando de fratria a fratria, clã a clã e de tribo a tribo (MAUSS, 2009).

No contexto do noroeste americano as festas, lidas como verdadeiros Potlatch's, são grandes cerimônias de perda e aquisição onde se oferece ostensivamente riquezas aos rivais. O princípio do antagonismo, um dos principais desse sistema de prestação, revela a importância da rivalidade na base das trocas executadas (MAUSS, 2017b). Ao mesmo tempo que é impossível reduzir tais fenômenos ao econômico, por conta do aspecto total que perpassa as mais diversas dimensões da vida, é também econômico quando convém avaliar o valor, a importância, as razões e os efeitos dessas transmissões de bens.

O contrato e a troca não tem aí, de forma alguma, o aspecto individualista e puramente econômico da troca, sistema que se convencionou ornar com o nome de “economia natural”, sem que ninguém tenha procurado certificar-se se jamais existiu sociedade em que esta economia funcionasse de maneira exclusiva e regular. São coletividades que se comprometem entre si, sob a forma de aliança perpétua, da aliança no sentido pleno da palavra (MAUSS, 2009, p.356).

Nesses fenômenos totais, por exemplo, os chefes de tribos ou clãs, que neles se imbricam, representam os deuses e encarnam antepassados dos quais portam os nomes, efetuam danças e possuem os espíritos (MAUSS, 2017b). O chefe de um determinado clã dá um Potlatch na construção de uma casa e na organização de uma festa, tudo isso sob a observação de outras tribos e clãs. Vale ressaltar que as festas existem para promover uma repartição de bens e uma troca de um gênero muito particular, adicionando o fato de que a retribuição perante um Potlatch recebido deve ser mais considerável que o doado. A rivalidade que existe entre os envolvidos no processo é perpassada por uma dívida que deve ser quitada, colocando em jogo a honra e até mesmo os direitos (MAUS, 2009).

Por conta da obrigação de dar ser a essência do Potlatch, o chefe do clã deve oferecer vários Potlatch, por ele mesmo, por seus filhos, por seu genro ou sua filha e até mesmo por seus mortos. Mas na realidade esse movimento realizado pelo chefe conserva sua autoridade, posição social e favorecimento pelos espíritos. É também a oportunidade de provar a fortuna que possui, pois é na doação que ele consegue provar ser detentor de tais bens, gastando-os, distribuindo-os, humilhando os rivais e colocando-os à sombra de sua honra e méritos (MAUS, 2017b).

O clã deve possuir a condição de retribuir os recebidos no mínimo na mesma moeda (alimentos, mulheres, crianças, ritos, festas) e, por conseguinte, colocar tudo em movimento para garantir a reciprocidade. As obrigações que as coletividades se impõem englobam todos

os sujeitos e até mesmo, com frequência, gerações sucessivas, estendendo-se a todas as atividades e os mais diversos tipos de riquezas (MAUSS, 2009). A possibilidade de não colocar em movimento os recebidos ou de retribuir de uma forma equivocada (bem menos considerável que o recebido), ao que parece não passa pela consciência dessas sociedades traduzidas por sistema de prestações totais.

No noroeste americano, por exemplo, os sujeitos perdem a honra e o prestígio quando não participam do processo de dar-receber-retribuir, por conta de estarem faltando com um dever. É dessa forma que a persona se perde no Potlatch, pois se contrapor entende-se por violar a etiqueta, perder sua posição social e até mesmo a sua alma. Tudo isso envolve o reconhecimento daqueles envolvidos, pois são as pessoas que reconhecem o chefe ou o seu filho os tornam reconhecidos. Os indivíduos devem aceitar os desafios e aproveitarem a oportunidade de mostrar que não são desiguais (2017b).

A Índia antiga também era um país de Potlatch, pois a coisa dada era capaz de produzir uma recompensa nessa vida e na outra. O movimento da coisa doada desencadeava automaticamente para o doador uma coisa idêntica a si mesma. Em outras palavras, na Índia antiga o ato de dar alguma coisa precede o de retribuir exatamente o que foi dado, mesmo que isso implique num recebimento apenas em outra vida. Nesse raciocínio, o alimento e a terra, bens que participam das trocas, são personalidades e seres vivos com os quais os sujeitos dialogam e conversam durante os contratos (MAUSS, 2017b).

A civilização germânica também se comunicava e se ajudava sob a forma do Potlatch, porém, segundo Mauss (2009), os Trácios do norte da Grécia antiga foram um dos primeiros povos a conhecer instituições desse porte. Os gregos foram capazes de observar tais práticas, entretanto não conseguiram captar o sentido e contribuições de tais práticas para a vida social. O “Festim de Seuter”, cerimônia das doações da Grécia antiga, para Mauss, assemelhava-se e muito ao Potlatch. Na realidade, os gregos conheceram o primeiro traço desse sistema de prestação total do tipo agonístico: quase todas as coisas trocadas, frequentemente, na realidade implicam uma quantidade considerável de prestações dos mais diversos tipos e iniciam-se sob a forma de doações apenas na aparência, pois na verdade implicará uma retribuição equivalente e com “juros”.

O segundo traço desse sistema de prestação total é também um fenômeno de morfologia social (MAUSS, 2009, 2017b, 2017e). A reunião das tribos, dos clãs e das famílias, das nações, e até mesmo a relação entre uma tribo e clãs rivais, envolve um nervosismo, uma rivalidade e uma excitação. Ao mesmo tempo que os grupos confraternizam

uns com outros, a partir da troca de dádivas, eles permanecem estranhos, ou seja, estabelecem vínculos e comunicação e também se opõem num considerável “comércio” e num embate constante.

As trocas de dádivas, na concepção de Mauss (2017b), não se limitam às sociedades tradicionais, pois nas vidas e sociedades atuais obrigações e liberdades também se imbricam. As coisas ainda possuem um valor/sentido simbólico ou sentimental, obviamente para além do valor material e econômico. Os sujeitos contemporâneos também não podem ficar em dívida com terceiros, a dádiva não retribuída torna inferior quem a recebeu e determinadas coisas trocadas/vendidas ainda possuem uma alma (antigo proprietário). Para além desses elementos faz-se necessário destacar toda a legislação de previdência social que de certa forma apresenta semelhanças com esse princípio: o trabalhador ofereceu sua mão de obra, trabalho e saúde à coletividade, ao passo que os que se beneficiaram dos seus serviços não ficam quites apenas com o pagamento dos salários. O próprio Estado, que representa a coletividade, deve-lhe, com a contribuição dos patrões e do próprio trabalhador, uma certa seguridade em vida, evitando-lhe desemprego, doença e morte.

O Ensaio sobre a dádiva de Marcel Mauss, além de não se restringir às sociedades tradicionais, pois a presente teoria permite estudar os objetos de estudo do mundo contemporâneo, engloba as mais diversas Ciências Sociais e Humanas (Direito, Economia, Sociologia, Antropologia e Ciência Política) e também as áreas de intervenção da saúde (Educação Física, Medicina, Enfermagem, Nutrição e etc) (ALMEIDA, GERMANO, 2009; FLORES *et al.*, 2011; CAILLÉ, 2014; MARTINS, 2017). É interessante mencionar que a saúde não foi um objeto de estudo propriamente dito de Mauss, porém sua perspectiva de totalidade (fato social total) permite a aproximação de diferentes saberes que perpassam a vida em sociedade.

Para Caillé (2002, 2014) e Martins (2017), esse texto apresenta não apenas um viés interdisciplinar, pois é possível estudar o cuidado em saúde de acordo com a teoria do dom ou da dádiva, como também perpassa e oferece algumas objeções e reflexões para as problemáticas da sociologia contemporânea. Trata-se de uma forma plural de olhar a realidade social e os sujeitos que a constituem, a partir de uma perspectiva que não se limita ao holismo (perspectiva sociológica objetiva) e nem mesmo ao individualismo metodológico (perspectiva sociológica subjetiva). Ou seja, ao mesmo tempo que não pensa o sujeito como um indivíduo estritamente racional, utilitarista e calculista em suas condutas, capaz de estabelecer os fins e recalculá-los os meios, a teoria do dom também não pensa o sujeito como um ser alienado e

controlado pelas estruturas e instituições sociais, incapaz de possuir reflexividade e agência nas condutas.

2.2 A teoria da dádiva como terceiro paradigma

De acordo com Alain Caillé (2002), as ideias e os pensamentos de Marcel Mauss incentivaram a fundação, em 1981, da “Revue du MAUSS”, uma revisão interdisciplinar que aborda assuntos dos mais diversos que perpassam a Economia, Sociologia, Antropologia e Ciência Política. O sociólogo francês Alain Caillé foi um dos fundadores desse movimento conhecido como antiutilitarista nas Ciências Sociais, onde a teoria do dom ocupa lugar de destaque. O nome da revista é ao mesmo tempo uma homenagem ao antropólogo Marcel Mauss e um acrônimo (MAUSS).

De acordo com Martins (2017), o paradigma da dádiva, proposto por Alain Caillé (2002), é uma das contribuições mais significantes para os estudos sociológicos. Existe na obra mais conhecida de Marcel Mauss, Ensaio sobre a Dádiva, uma virada paradigmática fundamental para as Ciências Sociais. Se na antropologia de Mauss (2009, 2017b) a dádiva é interpretada como um paradigma primordial, um sistema de troca presente nas sociedades e fundamento moral primeiro do pacto social, trata-se também de um terceiro paradigma (CAILLÉ, 2002; MARTINS, 2017). Os dois paradigmas anteriores, objetos de estudo das Ciências Humanas e Sociais, são a sociedade (estrutura social) e o sujeito (agência).

Faz-se necessário mencionar que é a partir desses dois paradigmas, o individualista metodológico (a questão do sujeito e agência) e o coletivista (estrutura social ou holista), que as Ciências Sociais oscilam há séculos, mais ou menos desde a fundação ou surgimento, ainda no século XIX, do que entendemos por Sociologia (CAILLÉ, 1998, 2002; CAILLÉ *et al.*, 2017). De certa forma, os pais fundadores da Sociologia entendida como Ciência, Émile Durkheim, Karl Marx e Max Weber, promoveram a partir de seus escritos discussões que perpassaram esses dois paradigmas clássicos. Ao passo que alguns sociólogos se aproximam de uma perspectiva objetiva que procura explicar a vida social pelas causas estruturais que escapam à consciência individual; outros se aproximam de uma perspectiva subjetiva que entende a construção da vida social a partir da ação racional e calculista dos agentes sociais.

O primeiro paradigma explica a vida em sociedade e, por conseguinte, sua complexa dinâmica social pela interação dos sujeitos em livre competição e concorrência, sempre na busca da satisfação dos interesses próprios. Trata-se de um sujeito ou agente social extremamente calculista e racional na construção das próprias ações²⁹. Alain Caillé nomeou oficialmente esse paradigma de “individualista metodológico”. O segundo paradigma encontra respaldo na coletividade para entender e explicar a dinâmica social. A sociedade é um grande corpo material e/ou moral e o indivíduo um cálculo básico que funciona como apenas parte de um todo maior. Trata-se do paradigma holista (CAILLÉ, 1998). Uma concepção defende a vida como resultado de um egocentrismo regulado por convenções contratuais a fim de evitar a guerra de um contra todos, enquanto na outra o indivíduo não possui autônoma considerável perante as leis e ordens impostas de cima para baixo (CAILLÉ, 2002).

A teoria do dom passa a ser o terceiro paradigma a partir do momento que oferece reflexões e considerações aos entres proporcionados pelos dois paradigmas anteriores, supera a tensão que divide as Ciências Sociais e excede a antítese entre o eu, o outro e a sociedade. Nesse paradigma a totalidade social não preexiste aos indivíduos, assim como o inverso também não ocorre, pois no contexto da dádiva tanto uns quanto os outros se geram ininterruptamente por meio do conjunto das interrelações que os ligam. Em função do conjunto das interrelações que conectam os indivíduos e os transformam em atores sociais, horizontalmente, o vínculo social é gerado. Dessa forma, o dom proporciona, garante e dá sentido as alianças sociais (CAILLÉ, 2002).

O paradigma do dom possibilita algumas compreensões interessantes sobre o processo saúde-doença da fibromialgia, pois parte do pressuposto que não se deve partir de ideias preconcebidas. Quando o paciente com fibromialgia não é interpretado a partir do pressuposto do fato social total, a tríade do sociológico, psicológico e fisiológico, por exemplo, o percurso terapêutico passa a ser problemático por conta de reducionismos que perpassam a relação profissional de saúde-paciente. De acordo Le Breton (2011, 2013), a racionalidade médica ocidental equivoca-se quando não leva em consideração os aspectos simbólicos do adoecimento, seja no diagnóstico ou na terapêutica. A partir da dádiva e, por conseguinte, do fato social total as relações estabelecidas entre pacientes e terapêuticas podem proporcionar vínculo e transformas os atores sociais.

²⁹ Os economistas clássicos acham na natureza individual os princípios de uma explicação suficiente de todos os fatos econômicos. Trata-se do homem sempre buscando a maior vantagem a preço do menor esforço, onde as relações econômicas supõem a vida social: o *homo oeconomicus*.

De acordo com Caillé (1998, 2002, 2013) e Martins (2017), a premissa desse terceiro paradigma é entender a própria realidade social como intrinsecamente simbólica. Ou seja, não é se submetendo à tirania da lei ou se refugiando no cada um por si que os seres humanos conseguem tecer o tecido social, pois é dando que se declara disposto a entrar no jogo da aliança e que se solicita a participação de terceiros. Os paradigmas individualista e holista são incapazes de pensar a gênese do vínculo social, incapazes de pensar o dom. Se para Caillé (2002) é rivalizando em dons que os seres humanos se conectam e constituem-se, Martins (2017) adiciona o dom como condição ontológica necessária para os sujeitos construírem comunidade.

Trata-se de um dispositivo de reciprocidade que opera na construção do tecido social, uma verdadeira racionalidade transcultural que perpassa as mais diferentes culturas e organiza as relações sociais estabelecidas (MAUSS, 2009, 2017b; MARTINS, 2017). Na presente perspectiva paradigmática do dom, nem a sociedade e nem mesmo os sujeitos existem antes do movimento de circulação de bens. É a circulação contínua de dádivas, que carrega consigo sentidos, significados e sentimentos, que garante a emergência dos agentes sociais e instituições que constituem a estrutura social (CAILLÉ, 2002; MARTINS, 2017). Por conta disso que Caillé (1998) adiciona que o paradigma da dádiva é relacional, por meio de gestos que se expressam na circulação bens materiais e imateriais entre grupos e sujeitos.

É interessante mencionar que os mais diversos autores citados no início do estudo (MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.* 2017a; CAVALIERE *et al.* 2019; PEREIRA, MAGRI, 2019; BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019) apostam na importância de terapêuticas que enfatizem o aspecto relacional entre profissionais de saúde e pacientes diagnosticados com fibromialgia. A dádiva, enquanto dispositivo simbólico de reciprocidade, propõe o protagonismo e a existência dos sujeitos a partir da circulação de troca de gestos e palavras, distanciando-se de relações que ocorrem a partir da tirania ou imposições de objetividades e também do individualismo exacerbado.

Na concepção de Caillé (2002), o paradigma da dádiva é precedido de uma primeira assimetria, de um dom original. A troca de dádivas garante a relação assimétrica, pois institui a dívida entre sujeitos e grupos e garante o ciclo da tripla obrigação de dar, receber e retribuir. O que importa em primeiro momento é construir o laço social, pois no paradigma da dádiva a constituição do vínculo social recebe maior importância em detrimento do próprio bem utilizado na troca.

Godbout e Caillé (1999) promovem a presente discussão a partir do endividamento mútuo positivo. Para esses autores faz necessário distanciar-se da reciprocidade simples, onde cada um faz a sua parte no processo, e da dívida negativa, onde em cada situação um sujeito é o responsável por fazer tudo. O endividamento mútuo positivo seria o sentimento de receber mais do que se dá no processo da dádiva, uma situação de confiança mútua em que os rendimentos são mais proporcionais e todos os envolvidos na tripla obrigação saem ganhando. Uma verdadeira aposta, um interesse no próximo que se caracteriza como relação de assimetria (CAILLÉ, 2002).

A aliança só pode nascer de uma verdadeira aposta incondicional, por conta disso que o vínculo nasce de um salto ao desconhecido. A iniciativa da aliança requer apostar ou entregar tudo, sem reservas e sem esperar algo de volta. Porém, apesar da necessidade do registro da incondicionalidade, o ciclo do dom repousa sob a condição que o outro também se ache no registro. Trata-se da incondicionalidade condicional, a aposta no incondicional que depende da condição de participação do outro nesse registro (CAILLÉ, 2002).

A primeira assimetria pode ser pensada no contexto do processo saúde-doença do paciente com fibromialgia, principalmente quando a pessoa com fibromialgia procura por atendimento para suprir as demandas. O convívio com a dor crônica que arregaça a existência e a relação com o mundo (LE BRETON, 2011, 2013; MATTOS, 2015) pode ser pensado como uma assimetria capaz de estabelecer o ciclo da tripla obrigação, pois o terapeuta pode estabelecer a manutenção da assimetria quando retribui com dádivas simbólicas do campo do cuidado e acolhimento. A assimetria do dom garante uma postura diferente de terapeutas e pacientes perante o quadro sintomático da síndrome.

A teoria do dom como terceiro paradigma ou paradigma primordial inclui a dádiva como uma teoria e também uma prática. É uma teoria porque aparece como um quadro para interpretar a dinâmica relacional que precede a formação e natureza dos sujeitos, ao passo que também é uma prática por revelar-se como linguagem e dispositivo de decifração simbólico nos diferentes processos de construção da realidade social. Na realidade, é por funcionar como dispositivo simbólico e perpassar os mais diversos territórios linguísticos e culturais que o dom é visto como terceiro paradigma ou paradigma primordial (CAILLÉ, 2002; MARTINS, 2017).

A compreensão de Mauss (2009, 2017b) acerca do fato social total sustenta o entendimento da teoria da dádiva como sistema dinâmico de circulação de bens materiais e imateriais repousados no simbolismo da prática. É a partir da aposta no simbólico que Mauss,

por exemplo, supera os limites de uma lógica causal por outra expressa no campo do relacional (CAILLÉ, 2002). Para Martins (2017), a sociedade é um fato social total por conta do simbolismo generalizado que não se enquadra nas visões individualistas e nem holistas dominantes acerca das ações dos sujeitos. Caillé (1998) adiciona que as dádivas e os símbolos são idênticos na teoria proposta por Mauss, ou pelo menos co-extensivos. O símbolo mausiano é a dádiva, sendo a dimensão simbólica a responsável pela superação das dimensões funcionais, econômicas e utilitárias (CAILLÉ, 2002).

A partir de Mauss (2009, 2017b), entende-se que é exatamente o simbolismo que torna o fato social em uma perspectiva total, por conta de não existir fenômeno social que não seja parte constituinte de um todo. Entretanto, Caillé (1998, 2002) ressalta que pra Mauss signo e símbolo são a mesma coisa, pois o que interessa é aquilo que liga, conecta ou vincula às pessoas. O símbolo é aquilo que reúne o que anteriormente encontrava-se separado, no contexto daquilo que é dado ou compartilhado. Os signos significam, possuem significação, ao passo que os símbolos possuem sentido, fazem pensa; não se dá sentido sem significação.

A necessidade de superar a lógica causal pela simbólica traduzida nas relações estabelecidas entre os sujeitos, apontada por Alain Caillé, aproxima-se dos apontamentos de Belardo e Camargo Junior (2018) sobre os impasses existentes no contexto do diagnóstico da fibromialgia. Se para Caillé (2002) a lógica causal imputa uma obrigação irrestrita às ordens estruturais e econômicas por parte dos sujeitos, característica essa que impossibilita a circulação de dádivas, Belardo e Camargo Junior sustentam os processos de objetivação, fixos e imutáveis de pessoa para pessoa, incapazes de expressar as necessidades e demandas dos pacientes com fibromialgia. De certa forma ambos os autores concordam que a objetividade fixa e concreta não revela a pluralidade sociocultural da realidade.

Faz-se necessário mencionar que a solidariedade indispensável surge a partir da subordinação dos interesses materiais a um simbolismo que os transcende (CAILLÉ, 1998). Por conta disso, conforme mencionado anteriormente, que holismo e individualismo metodológico são incapazes de pensar a gênese da aliança, da dádiva, do laço social. No contexto do holismo o laço social seria algo como sempre dado, preexistindo às ações dos atores sociais por conta de lei precedentes. A teoria do dom seria uma submissão ou prescrição do cumprimento das regras necessárias à manutenção/reprodução da ordem estrutural. Como seria possível pensar em espontaneidade e gratuidade da dádiva na perspectiva do holismo? O individualismo metodológico também não oferece os caminhos necessários para a teoria do dom exceder, a partir do simbolismo, os entraves do interesse e

cálculo. As posições de desconfiança, egoísmo e interesse, impossibilitam o movimento das dádivas. É um indivíduo livre demais e fechado demais em si mesmo para ser capaz de agir coletivamente. Como seria possível sair de si para o outro, pensar na lógica do desinteresse, no movimento das dádivas? (CAILLÉ, 1998, 2002, 2013, 2014).

Os paradigmas holista e individualista não operam a partir dos paradoxos do interesse e desinteresse e da obrigação e gratuidade (liberdade). O paradigma do dom funciona a partir desses paradoxos essenciais: a dádiva é livre e obrigada, interessada e desinteressada. Envolve obrigação, pois não se dá coisa alguma a qualquer pessoa, num momento aleatório ou de qualquer forma, sendo os momentos e as formas da dádiva socialmente instituídos. Entretanto, é na espontaneidade, liberdade e gratuidade do ato que as trocas adquirem sentido (CAILLÉ, 1998, 2002). Até nas sociedades tradicionais, bastante controladas pela obrigação ritual, existia espaço para a liberdade pessoal. Trata-se então do paradoxo que faz da liberdade e espontaneidade uma obrigação. A dádiva é a determinação que atua como liberdade (MAUSS, 2009, 2017b; CAILLÉ, 1998, 2013).

O movimento de obrigação, com ausência de espontaneidade e liberdade, faria da teoria do dom uma vertente do paradigma holista, onde o movimento de dar seria apenas uma convenção do ritual comunitário imposto. A dimensão da liberdade é fundamental, a partir do momento que tangencia a espontaneidade e faz do movimento de circulação um aspecto de criatividade. É o dom da vida, do artista, que promove a circulação dos objetos recebidos em prol de terceiros (CAILLÉ, 1998, 2002, 2013).

A obrigação é a primeira fonte da incondicionalidade, o momento que impede que se caia mais uma vez na guerra. É a capacidade de se impor incondicionalmente, porém apenas esse movimento é incapaz de constituir uma vida em sociedade, pois não pretende-se cair no holismo, na violência de obrigação. Por isso que o registro da incondicionalidade necessita da submissão livre dos sujeitos, a segunda fonte da incondicionalidade. A convocação desse princípio incondicional não-violento ao qual os sujeitos se submetem espontaneamente com liberdade (CAILLÉ, 1998, 2002, 2013).

Na concepção de Caillé (2002), é a dimensão sociológica que faz do dom uma prática mais ou menos forçada, instituída, obrigação que se tem como compromisso com o próximo. Todavia, essa dimensão deve ser traduzida como obrigação de alcançar a espontaneidade, de buscar sua liberdade e forçar o próximo a testemunhá-la e afirmá-la, ou seja, obrigação de ato criativo. A dimensão sociológica acaba sendo menos abrangente nas

suas funções por conta da presença dessa outra dimensão simbólica. É a dimensão simbólica da dádiva que excede o interesse e a obrigação como norma.

Por isso que a aposta da dádiva é paradoxal, pois apenas a gratuidade demonstrada é capaz de fundar alianças entre todos e àquele que tomou a iniciativa do interesse desinteressado (segundo paradoxo). Porém, o interesse situa-se ao final do processo, não no início conforme as regras do individualismo metodológico, pois o desinteresse é o movimento fundamental para sair de si e visar o próximo na troca (CAILLÉ, 1998). De acordo com Caillé (2013), o interesse desinteressado é de difícil compreensão, mas aos poucos é possível entender essa excelente contribuição de Mauss para as Ciências Sociais e Humanas. O interesse é de fundamental importância para a teoria do dom e para o ciclo da tripla obrigação, pois envolve estar interessado no próximo; ao passo que o desinteresse impede que o interesse nos outros se traduza em interesse nas causas próximas, similar ao paradigma do individualismo metodológico.

É interessante mencionar que o dom não é em hipótese alguma desinteressado, pois o mesmo privilegia os interesses de aliança, amizade, vínculo, solidariedade e de prazer, sempre na contramão dos interesses meramente individuais e egoístas (CAILLÉ, 2002). O interesse e o desinteresse constituem a terceira e a quarta dimensão da incondicionalidade. Essas duas dimensões não devem ser interpretadas como movimentos da caridade, pois vinculam-se à administração do antagonismo. Ao mesmo tempo que evita guerras, conforme ressaltado por Mauss (2009), é capaz de operar aliança entre os próximos.

É interessante mencionar outro paradoxo que perpassa o paradigma da dádiva: a sua característica antiparadigmática e antissistemática. Como um paradigma pode ser antissistemático e antiparadigmático? As objeções de Caillé (1998, 2002) facilitam a compreensão desse entrave fundamental e indispensável à teoria do dom. A dádiva torna-se antiparadigmática quando questiona e problematiza os conceitos e definições dos paradigmas científicos ressaltados anteriormente e busca subverter, a partir do diálogo interdisciplinar e do fato social total, as representações cognitivas estabelecidas. Na realidade é uma outra forma de entender a vida social e comunitária a partir do aspecto relacional.

Em outras palavras, apesar da característica antiparadigmática, do encurtamento da distância entre teoria e prática, do diálogo interdisciplinar entre as ciências do homem e as ciências da vida e do horror à sistematização do pensamento, presente nos dois primeiros paradigmas destacados, a teoria do dom é um paradigma, porque por mais anti-sistemática que seja, faz-se necessário estabelecer com determinados níveis de sistematicidade as modalidades

concretas do pensamento que pretende-se sustentar. Faz-se necessário mencionar que deixa tudo aberto ao questionamento e não pretende encontrar respostas idealizadas ou preconcebidas. Trata-se um paradigma antiparadigmático (CAILLÉ, 1998, 2002, 2013).

Dessa forma, entende-se que a teoria do dom se estabelece enquanto paradigma a partir do momento que contextualiza as críticas ao individualismo metodológico e ao holismo e consegue excedê-las via simbolismo. Se o individualismo metodológico peca ao apostar no interesse exacerbado e egoísta e o holismo no cumprimento de regras e ordens que estabelecem determinadas práticas como obrigatórias, é a teoria do dom que propõe a superação via o interesse desinteressado e a liberdade pela obrigação, por exemplo. Sendo assim dádiva é antiparadigmática, ao passo que depende de um paradigma e sistematicidade para lançar seu sistema lógico conceitual.

Para Caillé (2002), apesar do impasse existente entre a teoria do dom e os outros dois paradigmas, o holismo e o individualismo metodológico devem ser interpretados como momentos imprescindíveis do ciclo geral do dom. O pensamento conduzido a partir do ponto de vista do sujeito e da totalidade social verticalizada por ordens e lei não passam de realidades especializadas que incorporam-se ao entendimento de fato social total. Por conta disso a teoria da dádiva é comumente conhecida, principalmente a partir de Alain Caillé, como o terceiro paradigma.

Vale ressaltar que as objeções e considerações de Caillé (2002) sobre a dádiva ser um terceiro ou primordial paradigma se distanciam das ideias de Thomas Kuhn (2017) sobre o que seria um paradigma, apesar de ambos entenderem que os paradigmas facilitam a compreensão da realidade. De acordo com Kuhn (2017), paradigma seria um modelo, um conceito aceito de ciência, ou melhor, um conjunto de concepções, valores e padrões aceitos em uma determinada comunidade científica. É o paradigma que guia a prática do cientista e resolve problemas que os antigos paradigmas não conseguiam durante um determinado período histórico. Em outras palavras é uma visão de mundo expressa por teorias. A revolução científica ocorre quando um paradigma se altera e abre espaço para um novo desenvolvimento da ciência.

O pensamento revolucionário de Kuhn (2017) supõe que talvez a ciência não se desenvolva pela acumulação de descobertas, acumulações e invenções individuais, mas sim a partir dos paradigmas e das revoluções científicas que marcam uma época. O autor chega a citar a revolução científica do século XVII, que promoveu novas formas de entender a realidade e os objetos, principalmente a partir de figuras importantes da filosofia e da física,

como Francis Bacon, Galileu Galilei e Issac Newton; e o papel desempenhado pela Física Quântica na derrubada dos princípios da velha física.

Entretanto, na concepção de Caillé (2002), além de Thomas Kuhn não oferecer uma definição tão precisa assim de paradigma também não demonstra muito interesse sobre os paradigmas nas Ciências Sociais. Na realidade toda a extensão da obra de Kuhn se propõe a debater a temática apenas nas Ciências ditas “duras”, como a Física, ignorando o fato de que talvez exista algum tipo de paradigma nos campos da Sociologia e Antropologia, por exemplo. Outro ponto que inquieta Alain Caillé é o fato de Kuhn sustentar que em determinados contextos históricos apenas um paradigma vigora, o que vai na contramão do pensamento de Caillé sobre a existência de três paradigmas simultâneos nas Ciências Humanas e Sociais.

Além dos paradoxos ressaltados, o paradigma antiparadigmático, o interesse desinteressado e a liberdade pela obrigação, a teoria do dom possui doses fortes de antiutilitarismo, talvez uma de suas principais características (CAILLÉ, 1998, 2002, 2013, 2014; CAILLÉ *et al.*, 2017). O nome da “Revue du MAUSS” sustenta e traduz essa característica, pois MAUSS significa “Movimento Anti-utilitarista nas Ciências Sociais”. A dádiva não se alinha ao utilitarismo por não conceber a supremacia do mercado, do economicismo e do interesse, em todas as esferas da vida social. O sujeito do utilitarismo é aquele que obedece apenas às motivações do interesse próprio. Caso a teoria do dom fosse utilitária o fato social total perderia sentido nos inúmeros escritos de Mauss (2017a, 2017b, 2017c, 2017d), pois é a partir do aspecto simbólico que a dádiva excede as dimensões utilitárias do interesse.

Apesar do utilitarismo crer na sociedade humana repousada no utilitário e na subordinação das ações ao registro dos interesses pessoais, sendo a dádiva a crença no oposto, ou seja, na subordinação dos interesses materiais a um simbolismo que os transcende, Caillé (2002) destaca dois tipos de antiutilitarismo: o negativo e o prático ou positivo. No negativo as ordens social e estrutural não se reduzem aos aspectos das ordens econômica e contratual, muito próximo ao que a teoria do dom sustenta, porém de maneira incompleta por conta da ausência do simbolismo enquanto contrato não contratual. É preciso retomar Mauss (2009) para lembrar que os estudos sobre o dom sustentam a dádiva como a origem do contrato só que de forma não contratual. O antitutiliarismo positivo ou prático também compreende a necessidade de não reduzir a ordem social às ordens econômicas e contratuais, entretanto aposta na dádiva, a obrigação paradoxal de generosidade, como o caminho de exceder o

utilitarismo. Se é possível falar em algum tipo de determinação a partir da teoria do dom de Marcel Mauss, trata-se de uma determinação pelo simbolismo.

Entretanto, as críticas destinadas ao utilitarismo e ao antiutilitarismo negativo não fazem do paradigma do dom uma terceira via não-utilitária, gratuita (no sentido de não existir um motivo) e inútil, pois na realidade a dádiva se apresenta mesclando o interesse e o desinteresse. Dessa forma, os impasses com o utilitarismo aproximam-se do paradoxo do interesse desinteressado, quando a pessoa que dá não é capaz de satisfazer o interesse próprio a não ser pelo interesse do outro (CAILLÉ, 2002, CAILLÉ, 2013). A questão da gratuidade também merece destaque, pois na teoria do dom se equivale a liberdade obrigatória e não ao gratuito sem motivo que perpassa a caridade.

Todos esses paradoxos destacados anteriormente, como o da liberdade obrigatória, do interesse desinteressado, do paradigma antiparadigmático ou o do antiutilitarismo positivo que não se traduz em teoria e prática sem motivos e infundadas, devem ser interpretados como momentos imprescindíveis para que as sociedades humanas se tornem justamente humanas (CAILLÉ, 1998, 2002, 2013, 2014; CAILLÉ *et al.*, 2017; MAUSS, 2009, 2017b). No pressuposto da dádiva a existência desses confrontos de pensamentos é fundamental para que os sujeitos se obriguem espontaneamente.

Godbout e Caillé (1999) sustentam uma reflexão sobre a presença e importância do dom ainda nos dias atuais. É vidente que uma obra de 1999 pode não ser considerada atual, porém merece destaque visto que o texto clássico de Mauss sobre o tema é de 1925. Os autores adicionam que sob a forma do dom aos estrangeiros, imigrantes, desconhecidos, sendo possível generalizar até mesmo para o paciente com fibromialgia, a sociedade moderna de uma forma geral constrói laços de reciprocidade capazes de compensar a frieza e o caráter impessoal da sociabilidade.

Diante das convicções de Godbout e Caillé (1999), faz-se necessário um apontamento a partir de Caillé (2002) sobre uma possível ideia de universalização da dádiva. De acordo com os postulados da teoria do dom não faz sentido perseguir uma essência eterna e imutável da tripla obrigação, como se fosse uma coisa fixa e estática pertencente ao holismo, pois o dom só alcança a aliança em momento e circunstância particular que reúne o sentido de singularidade do doador e receptor. Não é possível encontrar a mesma coisa e a mesma identidade nas práticas de significação.

No caso da fibromialgia, Mattos (2015), Oliveira *et al.* (2017a), Mattos (2019), Pereira e Magri (2019) e Santo e Azize (2019) apostam em intervenções terapêuticas capazes

de incluir nas ações estratégicas o próprio sujeito do adoecimento: o paciente. Os autores entendem que a fibromialgia deve ser interpretada e tratada a partir de uma relação profissional de saúde e paciente capaz de apoiar-se em pressupostos simbólicos e imateriais. A intervenção interdisciplinar, a partir de práticas corporais de saúde, contribui para o movimento de reinserção social de pacientes com fibromialgia, sendo a possibilidade de tornar o paciente o sujeito de seu adoecimento, o próprio ator criativo de sua vida.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo possui caráter qualitativo e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta em profundidade e observação em campo com pacientes diagnosticadas com fibromialgia do Projeto “Tratamento Interdisciplinar para pacientes com fibromialgia” (TIF), que pertence ao Programa de extensão “Práticas Corporais de Saúde” (PRACORSAU³⁰) do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação (LAFISAEF - UERJ). Além do mais, os profissionais de saúde (professores de Educação Física, Nutricionista, Enfermeiras e Psicólogas) envolvidos com a interdisciplinaridade do Projeto também participaram do estudo a partir de um questionário semiestruturado.

Os critérios de inclusão do estudo foram a participação nos grupos de Adaptação e Transição do TIF por parte das pacientes com fibromialgia; e o envolvimento nas ações interdisciplinares do Projeto, por parte dos profissionais de saúde. A amostra do estudo foi composta por 8 pacientes diagnosticados com fibromialgia, com média de idade de 56,75 anos, DP = 10,30, que frequentaram o TIF no ano de 2019, e 9 profissionais de saúde, com média de idade de 52,44 anos, DP = 11,09. No total, foram realizadas 16 entrevistas abertas. As pacientes com fibromialgia foram entrevistadas em dois momentos diferentes, enquanto os profissionais responderam um questionário semiestruturado uma vez.

3.1 PRACORSAU e o Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia

O Projeto TIF foi fundado em 2000, com a intenção de oferecer terapêutica não-medicamentosa à pacientes com fibromialgia, e já atendeu desde então mais de 500 mulheres. Além dessa proposta, existem também outras intenções específicas: contribuir para redução das limitações impostas pela fibromialgia, melhorar a capacidade funcional, aprimorar valências físicas, favorecer o controle ponderal, diminuir a tensão muscular, criar e/ou

³⁰ Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde - Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lira Filho, Bloco F, 8º andar, sala 8104 - Maracanã, 20550-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Criado por Ato Executivo de Decisão Administrativa (AEDA) publicado pelo Magnífico Reitor Ricardo Vieiralves de Castro em junho de 2014 (APÊNDICE A)

consolidar hábitos da prática de atividade física regular e colaborar para o aumento da autoestima.

O livro “Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar”, organizado por Mattos (2019), destina o capítulo XVII aos 18 anos de experiência do Projeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia” (CAVALIERE *et al.*, 2019). Esse Projeto foi implantado pelo LAFISAEF, do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD-UERJ). Assim como os Projetos “Exercício físico e promoção da saúde para servidores da UERJ” e “Tratamento interdisciplinar para pacientes com fatores de risco para doença arterial coronariana”, o Projeto de fibromialgia integra o PRACORSAU. Por fazer parte de um programa de extensão, atua a partir da indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão (CAVALIERE *et al.*, 2019).

Inicialmente, os pacientes recebidos no Projeto eram encaminhados exclusivamente pelo Serviço e Reumatologia/ambulatório de Fibromialgia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Entretanto, o serviço de expandiu e oferece tratamento a essa população, atendendo à demanda de outros hospitais, clínicas e consultórios. Na atualidade, o Projeto oferece exercícios físicos supervisionados, acompanhamento psicológico, orientação nutricional, atividades grupais com profissionais da Enfermagem, educação em saúde, apoio pedagógico, grupos interdisciplinares, dança e alinhamento energético. Vale ressaltar que são promovidos também confraternizações, passeios ecológicos e turísticos, e encontros entre os pacientes, seus familiares e a equipe de profissionais de saúde envolvidos no Projeto (CAVALIERE *et al.*, 2019).

3.1.1 Fases do Projeto

De acordo com Cavaliere *et al.* (2019), o acolhimento e a humanização do cuidado formam a base onde são estruturadas as ações do Projeto TIF. Os estudos de Mattos (2015) e Oliveira *et al.* (2017a), frutos de uma tese de doutorado e uma dissertação de mestrado, respectivamente, confirmam a citação de Cavaliere e colaboradores. Vales destacar que esses dois estudos foram realizados a partir de pesquisas de campo com pacientes diagnosticados com fibromialgia do TIF.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) fornece um entendimento ímpar sobre a humanização da saúde e o acolhimento. A humanização pode ser entendida por um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos serviços, nas práticas de saúde, promovendo uma construção coletiva dos profissionais na intenção de acolher o usuário. Tal entendimento supõe que determinadas fronteiras dos núcleos de saber/poder, que se ocupam da produção da saúde, sejam ultrapassadas, sugerindo uma visão interdisciplinar com ênfase no cuidado. O acolhimento aos pacientes é um dos objetivos da humanização. É preciso entender que humanizar não é "tornar humano" na acepção metafísica, mas adotar atitudes que acolham as pessoas que estão sofrendo.

No caso da fibromialgia a humanização pode ser pensada como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, onde promove-se novos tipos de interação entre os sujeitos que constituem o Projeto e dele usufruem, acolhendo tais pacientes e promovendo seu protagonismo. A solidariedade e os vínculos são destacados, pois trata-se de uma estratégia que leva em consideração a especificidade e a história de vida de cada sujeito (BRASIL, 2004a).

No que diz respeito às fases do Projeto, Cavaliere *et al.* adicionam:

Ao ser encaminhado para o projeto, o paciente passa por uma entrevista onde são coletados dados de sua história importantes para uma aproximação da equipe com o paciente e posterior elaboração do plano de tratamento. Também são recebidos os exames necessários à participação segura no treinamento físico. O período total de tratamento é de 9 meses (CAVALIERE *et al.*, 2019, p. 227)

Existem três turmas/fases distintas no Projeto: Adaptação, Transição e Convivência. Cada fase perdura por três meses, sendo nove meses de tratamento no total. Ao ingressarem no Projeto, os pacientes primeiramente frequentam a turma de Adaptação. Nesse período de três meses, os pacientes participam de duas sessões de exercícios físicos (aeróbios e de flexibilidade) por semana, orientação nutricional quinzenal e semanalmente do “Grupo Interdisciplinar”. No contexto dos exercícios físico opta-se por dar maior atenção para os alongamentos, o relaxamento corporal e para os aeróbios de baixa intensidade e impacto. O “Grupo Interdisciplinar” tem por objetivo desenvolver ações de educação em saúde, ou seja, instrumentalizar os participantes com conhecimentos a respeito de temas destacados pelo próprio grupo. Participam dessas ações: Educação Física, Nutrição, Psicologia, Medicina e Enfermagem (CAVALIERE *et al.* 2019). A assiduidade necessária para permanecer no grupo é de 75%, sendo necessário comunicar os afastamentos por motivos médicos.

Após esses três meses iniciais, o grupo passa para a fase seguinte do Projeto: turma de Transição. Nesse momento os exercícios exigem mais dos pacientes, que passam a vivenciar todos os exercícios físicos oferecidos pelo Projeto, ou seja, ingressam no treinamento de força (apenas uma série para cada exercício). Além dos dias que já se exercitam no Projeto, são incentivados a se exercitarem mais um dia na semana. A assiduidade necessária continua em torno dos 75%. Inicia-se o grupo de terapia psicológica semanalmente e sessões quinzenais em grupo com a equipe de Nutrição para discussões de temáticas específicas propostas pelas pacientes (CAVALIERE *et al.*, 2019).

A última fase do Projeto intitula-se Convivência, onde os pacientes estão mais confiantes e os sintomas estão menos exacerbados. Devido a isso, realizam duas séries no treinamento de força e são incentivados a se exercitarem mais um dia na semana. Não existe uma assiduidade mínima para continuar frequentando as atividades dessa fase. De acordo com Cavaliere *et al.* (2019), os participantes frequentam mais três meses de terapia psicológica em grupo e orientação nutricional quinzenal.

As atividades do Projeto são inteiramente gratuitas e para ingressar basta ter encaminhamento do seu médico assistente com solicitação de inclusão do grupo de treinamento, avaliação cardiológica que inclua teste ergométrico e fazer no Projeto entrevista de ingresso. A sessão de exercício físico é dividida em três partes: treinamento aeróbio (30 minutos), treinamento de força (15 minutos), treinamento de flexibilidade (10 minutos) e aquecimento (5 - 8 minutos) precedendo as atividades anteriormente citadas.

A intensidade do exercício aeróbio é calculada através do Método de Reserva da Frequência Cardíaca. Neste método a frequência cardíaca de repouso é subtraída da frequência cardíaca máxima (obtida no teste ergométrico), a seguir, tomam-se 52% e 60% da frequência cardíaca de reserva e acrescenta-se cada um desses valores à frequência cardíaca de repouso, obtendo-se assim a variação da frequência cardíaca alvo (BUSCH *et al.*, 2011).

O treinamento aeróbio é ministrado por um professor ou estagiário de Educação Física. Nessa parte da aula são desenvolvidas inúmeras atividades, desde caminhadas ao redor do salão interdisciplinar até atividades em grupo caracterizadas pela coletividade e ludicidade. Em geral, essas são as principais atividades desenvolvidas: caminhadas, circuitos, atividades com bambolês, atividades com bolas, atividades com cordas, danças, gincanas, estafetas, ginásticas e etc.

Na realidade os professores e estagiários seguem um plano de aula padrão, porém aberto à criatividade do indivíduo que ministra a aula. O treinamento aeróbio é dividido em

três blocos, cada um com uma duração de 10 (dez) minutos, intercalando 3 (três) minutos de caminhadas/corridas (CoCa) com 2 (dois) minutos de atividades desenvolvidas pelo professor/estagiário. A frequência cardíaca é mensurada a cada 10 (dez) minutos.

É durante a fase aeróbica das aulas que se observa uma aproximação com o que a literatura utilizada no capítulo primeiro intitula de práticas corporais de saúde. Durante as atividades coletivas desse momento da aula as alunas experimentam o movimento humano com sentidos e significados que não se restringem ao gasto calórico, ao aumento da massa magra e redução da massa gorda, pois envolvem-se em uma proposta que combina movimentação corporal, acolhimento, cuidado e vínculo. As entrevistas realizadas por Oliveira *et al.* (2017a) reforçam esse apontamento, pois em alguns momentos o sentimento de pertença ou os laços estabelecidos sobrepõem-se aos benefícios de natureza fisiológica, obviamente na representação das pacientes com fibromialgia.

O treinamento de força é constituído por dez exercícios, sendo realizada uma (Transição³¹) ou duas (Convivência³²) séries de dez repetições em cada exercício. A carga é ajustada para que o aluno consiga executar 10 (dez) repetições de forma indolor e com respiração e execução apropriada. Os exercícios propostos solicitam os principais grupamentos musculares do corpo: Leg Press, Flexão Plantar, Rosca Bíceps, Rosca Tríceps, Cadeira Adutora, Cadeira Abdutora, Cadeira Extensora, Cadeira flexora, Supino Máquina, Remada Aberta, Perdigueiro e Abdominais. O treinamento de Flexibilidade é estático e ativo, envolvendo também as principais musculaturas do corpo. Os alunos são orientados para sustentarem cada alongamento durante 10 (dez) segundos, no limite do desconforto, com respiração e execução apropriadas.

Segundo Cavaliere *et al.* (2019), os exercícios físico objetivam, durante os nove meses de tratamento: redução das limitações impostas pela síndrome; melhora da capacidade funcional; aprimoramento das valências físicas; diminuição da tensão muscular; favorecimento do controle ponderal; criação e consolidação do hábito da prática de exercício físico regular; auxílio no controle dos sintomas; treino da execução de exercícios para realização sem supervisão e; treino do controle da intensidade do treinamento físico e sua mensuração.

O PRACORSAU está cadastrado na SR-3 e possui dois doutores como coordenadores: José Silvio de Oliveira Barbosa e Rafael da Silva Mattos. Conforme consta no parágrafo anterior, o Programa foi criado a partir de um Ato Executivo do Magnífico Reitor.

³¹ 3-6 meses de tratamento.

³² 6-9 meses de tratamento.

O Programa tem convênio com o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e com a Policlínica Piquet Carneiro.

Figura 1 – Banner – PRACORSAU

PRACORSAU
Programa de Extensão
Práticas Corporais de Saúde

SR3
UERJ

UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Criado por Ato Executivo de Decisão Administrativa publicado pelo Magnífico Reitor Ricardo Vieira Alves de Castro em junho de 2014

Visão:

Manter-se reconhecido como excelência em Programa de Práticas Corporais de Saúde na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, com ética e responsabilidade social.

Missão:

Atendimento público, humanizado, gratuito e de qualidade a todas as pessoas que desejam praticar atividade física regular.

Valores:

- Ética
- Cuidado
- Acolhimento
- Qualidade de Vida
- Solidariedade

Equipe:

José Sílvia de Oliveira Barbosa
Rafael Mattos
Jerusa M. de A. Souza
Maria Lucia A. Cavaliere
Flávio Chame

Agradecimentos:

Prof. Dra. Regina Lúcia Monteiro Henriques
Sub-Reitora de Extensão e Cultura (2014)
Edson Ramos - Diretor do IEPD (2014)
Jayme Valente - Vice-Diretor do IEPD (2014)

A todos os Profissionais e Acadêmicos que passaram pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física - LAFISAEF e ajudaram na construção do PRACORSAU.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana". - **Carl G. Jung**

Fonte: AEDA - PRACORSAU, 2014.

3.2 Amostra e procedimentos éticos

A amostra do estudo foi composta por 8 pacientes diagnosticadas com fibromialgia e 9 profissionais de saúde. O critério de inclusão do estudo foi a participação nos grupos de Adaptação e Transição do TIF, por parte das pacientes com fibromialgia, no ano de 2019. No caso dos profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram o envolvimento nas ações

interdisciplinares do TIF, também no ano de 2019, e o preenchimento do questionário semiestruturado (google docs) em 2020. O questionário foi enviado para 11 profissionais de saúde, sendo 9 a quantidade de profissionais que responderam a solicitação de preenchimento. Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³³, ficando uma via com o pesquisador responsável e uma via com o participante do estudo.

O modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado pelo pesquisador, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP - HUPE), conforme definido na Resolução 196/96. Visando tomar conhecimento do processo de cadastro pessoal e a submissão do Projeto de pesquisa, o trabalho passou por um cadastro na Plataforma Brasil. O Projeto foi aprovado no CEP – HUPE, com o seguinte certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 69685917.8.0000.5259/ 25727419.0.0000.5259.

Todas as entrevistas foram gravadas, com auxílio de um telefone celular e um gravador de voz próprio para a ocasião, com o consentimento de todas as participantes do estudo. Todas as entrevistas foram escutadas e transcritas pelo pesquisador do estudo. O questionário foi desenvolvido através da plataforma “Google docs” (formulários Google).

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante a realização de entrevista aberta em profundidade, observação em campo e questionário semiestruturado, nos anos de 2019 e 2020. As pacientes com fibromialgia foram entrevistadas em dois momentos diferentes (06-07/2019 e 11-12/2019), no momento de transição da turma de Adaptação para a de Transição e da de Transição para a de Convivência. Dessa forma, os relatos que foram captados pelas entrevistas contextualizaram de forma precisa as mais variadas vivências no tratamento interdisciplinar que oferece práticas corporais de saúde. Os profissionais de saúde da Educação Física, Nutrição, Enfermagem, Medicina e Psicologia participaram do estudo mediante um questionário.

³³ Apêndice B

As entrevistas abertas são utilizadas principalmente para atender finalidades exploratórias, quando se pretende reunir uma grande quantidade de informação ou conteúdo. As perguntas não são diretas, o que ocorre é a introdução de um tema dando possibilidade ao entrevistado de discorrer sobre o assunto. (BONI, QUARESMA, 2004; MATTOS, 2016). De acordo com Minayo e Sanches (1993) e Mattos (2016), a abordagem qualitativa visa enfatizar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a “fala”, justificando assim a entrevista, como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais.

Veiga e Gondim (2001) abordam alguns procedimentos práticos para aplicação de entrevistas em profundidade e discutem sobre a duração das entrevistas e a importância da estruturação de um roteiro. O roteiro está intimamente ligado com o aprofundamento das entrevistas, possibilitando agrupar maiores informações. Os autores também sugerem a gravação das entrevistas, para que o pesquisador prenda sua atenção apenas com a entrevista e não se preocupe com anotações.

O roteiro da entrevista aberta realizada com as pacientes foi desenvolvido a partir de pesquisas anteriores, que envolveram práticas corporais e fibromialgia (OLIVEIRA, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017a), e do que efetivamente está sendo estudado. O roteiro privilegiou as seguintes temáticas: a história de vida das pacientes com fibromialgia; as terapêuticas frequentadas pelas pacientes; o “Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia”; dor e fibromialgia; o cuidado na fibromialgia e; as relações de troca entre as pacientes e os profissionais. As entrevistas duraram mais ou menos 50-60 minutos. Todas as 16 entrevistas foram realizadas, transcritas e analisadas pelo pesquisador do estudo. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador de voz e um smartphone. Nenhum software ou aplicativo de smartphone foi utilizado no momento das transcrições.

A observação em campo ocorreu com a presença do pesquisador durante as aulas de Educação Física. Conforme mencionado anteriormente, foram duas sessões de 1 hora, às terças e quintas. O pesquisador desenvolveu a observação em campo de maneira participativa, interagindo e estabelecendo pequenos diálogos com as pacientes com fibromialgia e com os professores e estagiários de Educação Física envolvidos. Foi possível, por exemplo, confirmar se o que estava sendo dito durante as entrevistas era verídico ou não e captar informações que nem sempre estavam contidas nas falas, mas em gestos, movimentos e práticas (CORREIA, 2013; MATTOS, 2016). Um smartphone foi utilizado como diário de campo a fim de evitar situações que não se enquadrassem no contexto das aulas de Educação Física. A utilização de

um pequeno caderno ou até mesmo diário poderia gerar estranhamento por parte das pacientes. Além do mais a utilização do smartphone facilitou o envolvimento do pesquisador nas atividades lúdicas do Projeto.

A observação em campo ocorreu nas diferentes fases do TIF, nos meses de junho e julho (adaptação), setembro e outubro (transição) e novembro e dezembro (convivência), no ano de 2019, de forma participante (MALINOWSKI, 2018). A média de observação em campo por fase foi de 8 observações, totalizando um total de 24 observações em campo. Todas foram conduzidas com um grau de aproximação entre as pacientes, os professores e estagiários de Educação Física e o pesquisador do estudo, sendo importante mencionar que o pesquisador participou, dançou, se exercitou e até mesmo sugeriu movimentos durante as atividades. Os movimentos realizados durante a observação se aproximam das sugestões de Malinowski (2018), no que diz respeito à quantidade de observação, grau de aproximação, forma de condução, tempo e até mesmo objetivos da pesquisa.

As condições adequadas favoreceram a realização da observação em campo, pois a familiarização e a aproximação perante o cotidiano e a prática das pacientes ocorreu de forma facilitada. O pesquisador foi apresentado às pacientes diagnosticadas com fibromialgia pela professora de Educação Física responsável pela coordenação do Projeto. A professora fez questão de destacar o passado do pesquisador no Projeto de fibromialgia e as pesquisas realizadas pelo mesmo para a turma. Uma das alunas ingressantes na turma de adaptação que estava tentando pela segunda vez o tratamento terapêutico, por exemplo, reconheceu o pesquisador e o cumprimentou. Entende-se esses acontecimentos como facilitadores da relação pesquisador e grupo de pessoas com fibromialgia. Faz-se necessário destacar que a minha presença nas aulas de Educação Física tornou-se rotina no dia a dia das pacientes facilitando o contato e permitindo uma maior liberdade por parte de todos (CORREIA, 2013; MALINOWSKI, 2018). Os assuntos que foram destacados durante as entrevistas começaram a surgir durante as aulas de forma natural.

No caso dos profissionais de saúde, um questionário com perguntas semiestruturadas foi desenvolvido através da plataforma “Google docs (formulários Google)”, a partir das seguintes temáticas: dados sociodemográficos; tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia; atuação profissional; dor crônica e saúde; e as demandas dos pacientes. As perguntas semiestruturada garantem uma maior liberdade de resposta aos participantes do estudo.

O questionário foi constituído por quatro partes, além dos dados sociodemográficos iniciais (idade, quantidade de filhos, estado civil, bairro, escolaridade e profissão). A parte I, intitulada “Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia” reuniu perguntas específicas sobre o encaminhamento dos pacientes ao TIF; a relação entre o TIF, o HUPE e a Policlínica Piquet Carneiro; a missão do Projeto; e a relação com o Sistema Único de Saúde.

A parte II, intitulada “Atuação profissional”, foi constituída pelas seguintes perguntas: qual é a sua relação profissional com o TIF?; Como é a sua atuação profissional com os pacientes com fibromialgia do TIF?; A forma de se relacionar com os pacientes interfere no tratamento? Por quê?; O que pode ser oferecido ao paciente com fibromialgia pelos profissionais de saúde?; Quais são os requisitos indispensáveis que um bom profissional de saúde deve possuir no contato com pacientes com fibromialgia?; Qual é a importância do afeto, escuta e cuidado na intervenção em pacientes com fibromialgia?

A parte III, “Dor crônica e saúde”, constituiu-se a partir das seguintes questões: O que é a dor da fibromialgia?; O que pode ser oferecido para a dor do paciente com fibromialgia?; Quais são as estratégias que o profissional de saúde pode desenvolver para o paciente cuidar um pouco mais da saúde e do corpo?. A parte IV, “As demandas dos pacientes”, com as seguintes questões: Quais são as principais demandas e frustrações dos pacientes?; Existe uma problemática entre o paciente e o diagnóstico? Por quê?; Os pacientes retribuem o atendimento recebido? Se sim, como?; Existe um reconhecimento do profissional de saúde por parte do paciente? Se sim, como?

3.4 Análise de dados

A análise de dados selecionada para tratar os relatos, captados por meio das entrevistas abertas em profundidade e questionário semiestruturado, foi a Análise do Conteúdo na perspectiva de Laurence Bardin (2011). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa alcançar, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que proporcionem a inferência de conhecimentos/informações relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A técnica de análise do conteúdo surge como ferramenta metodológica das áreas de comunicação, mais precisamente na Escola de Jornalismo de Columbia, onde a utilização

desta técnica fez com que o número de estudos quantitativos dos jornais aumentasse. Faz-se necessário mencionar que o rigor científico da época era prioritariamente quantitativo (contagem e medidas), sendo a sistematização das regras o grande diferencial da Análise do Conteúdo (BARDIN, 2011).

Entretanto, a característica dessas pesquisas era de cunho muito prático, quantitativo e determinístico, sendo incapaz de abarcar outras problemáticas e temáticas, como a linguística, semântica, semiologia e documentação. Dessa forma, um novo plano metodológico surge com a expansão da presente técnica às mais diversas disciplinas: etnologia, história, sociologia, psicologia, psicanálise, psiquiatria, linguística e ciência política. O novo plano de estudo coloca a antiga técnica em evidência sugerindo novas formas de tratar/analisar as informações coletadas. De acordo com Bardin (2011), esse movimento ficou conhecido como “desbloqueio”.

Na concepção de Bardin (2011), são duas iniciativas que promovem esse desbloqueio da análise de conteúdo: as exigências de objetividade e, por conseguinte, sua rigidez, passam a ser questionadas e interrogadas por pesquisadores e; passa-se a aceitar com maior frequência e predominância a combinação das técnicas estatísticas com o viés mais compreensivo das análises. Em outras palavras, a relação contínua entre os critérios de objetividade e o que se compreende por ciência entra em desbloqueio. Os objetivos da análise do conteúdo passam a ser a descrição e também a inferência do que está sendo analisado.

Entende-se, dessa forma, a análise de conteúdo como um campo de possibilidades aplicável às mais diversas disciplinas e aos mais diversos saberes, não sendo necessariamente de natureza quantitativa (BARDIN, 2011). A problemática do estudo em questão sugere as reais finalidades dessa análise, seguindo um viés quantitativo descritivo ou um relacionado às inferências qualitativas. A possibilidade de apropriar-se a partir de um ponto de vista complementar (técnicas qualitativas e quantitativas) não encontra-se excluída.

A inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção, a partir de indicadores qualitativos, é uma das intenções da análise de conteúdo. A função dos pesquisadores, historiadores e analistas é apropriar-se das mensagens/textos coletados a fim de inferir conhecimentos, informações e códigos sobre os emissores. Se na análise qualitativa as avaliações priorizam a presença ou ausência de determinados fragmentos de mensagens/textos, na análise quantitativa a frequência com que surgem as características dos conteúdos são valorizadas (BARDIN, 2011).

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo abarca seis diferentes técnicas de análise: de avaliação, da enunciação, proposicional do discurso, da expressão, das relações e categorial. A análise de avaliação objetiva medir as atitudes do enunciador quantos as finalidades de sua fala. Parte do pressuposto que a linguagem representa o sujeito/emissor que a utiliza. A de enunciação, por sua vez, entende a comunicação como um verdadeiro processo e não apenas como um dado, sendo o discurso uma dinamicidade e não algo estático capaz não passar por inúmeras transformações/mutações.

Na análise proposicional do discurso o objetivo é identificar o complexo de referências dos sujeitos, pois parte-se do pressuposto que as ações sociais dos indivíduos edificam-se a partir de determinadas estruturas argumentativas. A análise da expressão entende que há uma relação contínua entre o tipo de discurso, as características do sujeito locutor e o meio que ele se socializa. No que diz respeito à análise das relações, o objetivo é extrair das mensagens e dos textos as relações e associações que os elementos textuais possuem.

A análise categorial, também conhecida como temática, consiste em desvelar/descobrir/compreender os núcleos de sentido e significados que compõem o processo comunicativo, onde a presença ou frequência de aparição pode para o objetivo em questão. Em um primeiro momento a inferência é realizada na análise de categorias para que em uma segunda etapa a discussão dos dados receba destaque. No presente estudo, a análise categorial foi selecionada para analisar os dados coletados a partir das entrevistas abertas em profundidade e questionário semiestruturado. Bardin (2011) sugere esse tipo de análise a partir das seguintes etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material e, (3) tratamento dos resultados obtidos.

A pré-análise pode ser entendida como um momento organizacional propriamente dito, onde sistematiza-se ideias iniciais e traça-se o desenvolvimento das operações sucessivas. As etapas da pré-análise serão explicadas e contextualizadas com o presente estudo. Após a transcrição das entrevistas, a leitura flutuante foi realizada a fim de estabelecer um contato inicial com o material coletado. Outras leituras foram executadas com o objetivo de estabelecer um contato exaustivo com o material (BARDIN, 2011). Foi nesse momento que criou-se uma intimidade com os dados, a partir de um processo de relação exaustiva entre o pesquisador e os materiais provenientes das entrevistas.

Logo em seguida, de acordo com as regras da exaustividade, realizou-se a escolha do corpus: representatividade (a amostra representa o universo do início); homogeneidade (os

dados se referem ao tema abordado e foram coletados pela mesma técnica e pessoa); pertinência (os documentos foram adequados segundo os objetivos da pesquisa) e; exclusividade (um elemento não foi classificado em mais de uma categoria). Posteriormente, os indicadores foram determinados a partir de recortes do texto e criou-se um novo documento a fim de facilitar a visualização dos recortes e dos indicadores (BARDIN, 2011).

A segunda fase, a exploração do material, consiste na codificação dos dados para que se alcance a compreensão do texto. Inicialmente, identifica-se e organiza-se as unidades de registros, que são definidas como unidades de significação que corresponde ao segmento de conteúdo considerando uma unidade visando a categorização. As palavras, frases ou temas são as unidades de registro. No presente estudo o tema foi selecionado como regra de recorte para identificação das unidades de registro. É importante frisar a análise temática como a mais utilizada por ser mais eficaz na condição de se aplicar discursos (BARDIN, 2011).

As categorias foram construídas após a coleta de dados, diferenciando-as tematicamente. As categorias são as classes que reúnem um grupo de unidades de registro que foram agrupadas pelo motivo de possuírem características em comum, sendo a categorização um processo de classificação de elementos que constituem um mesmo conjunto. Optou-se por estabelecer as categorias a partir do conjunto de qualidade que Bardin (2011) sugere necessário para um resultado de análise. Sendo assim, um elemento “x” foi selecionado para determinada categoria; cada categoria possui um único princípio de classificação de forma especializada (homogeneidade); as categorias foram relacionadas com os interesses do estudo (pertinência); definiu-se as categorias a fim de evitar distorções (objetividade e fidelidade) e; as inferências foram exaustivas a fim de promover resultados férteis (produtividade).

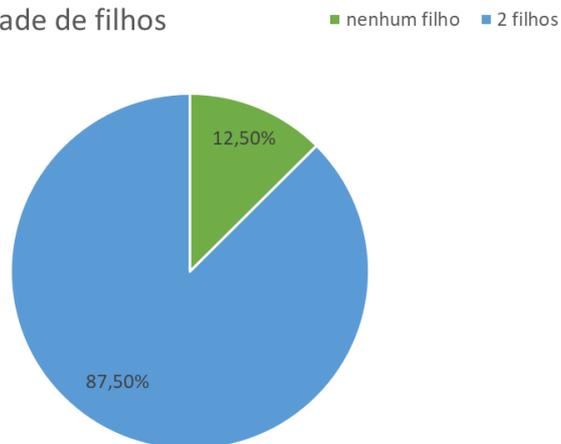
No tratamento dos resultados, é o momento que deve-se priorizar e propor as inferências e interpretações, sempre de acordo com os objetivos previstos e com as informações ainda disponíveis. A interpretação deve ir além daquilo que foi imediatamente coletado, pois deve-se priorizar a busca pelo sentido que pode estar oculto. A inferência é orientada por alguns pontos de atração: o emissor, que no caso são as pessoas com fibromialgia e os profissionais de saúde; a mensagem, que neste caso são os conteúdos provenientes das entrevistas abertas em profundidade; e o receptor, o pesquisador do estudo (BARDIN, 2011).

3.5 Caracterização da amostra (pacientes diagnosticados com fibromialgia)

A caracterização da amostra ocorreu mediante a aplicação de um questionário sociodemográfico³⁴ no momento da entrevista (pacientes) e do questionário aberto (profissionais). O modelo de questionário sociodemográfico, além de possibilitar uma interpretação dos sujeitos envolvidos na pesquisa, facilita a interação pesquisador-sujeito no momento da entrevista, no formato de uma *análise contínua do jogo* (CORREIA, 2013; MATTOS, 2016). O questionário é constituído pelos seguintes itens: idade, sexo, filhos, cor de pele (auto-declaração), estado civil, religião, profissão, cidade, bairro, filhos, escolaridade, nacionalidade, naturalidade, renda e doenças passadas/atuais.

Todas as 8 participantes entrevistadas no estudo são do sexo feminino. De acordo com o gráfico I, 7 (87,5%) possuem dois filhos e apenas 1 (12,5%) paciente não possui filho algum.

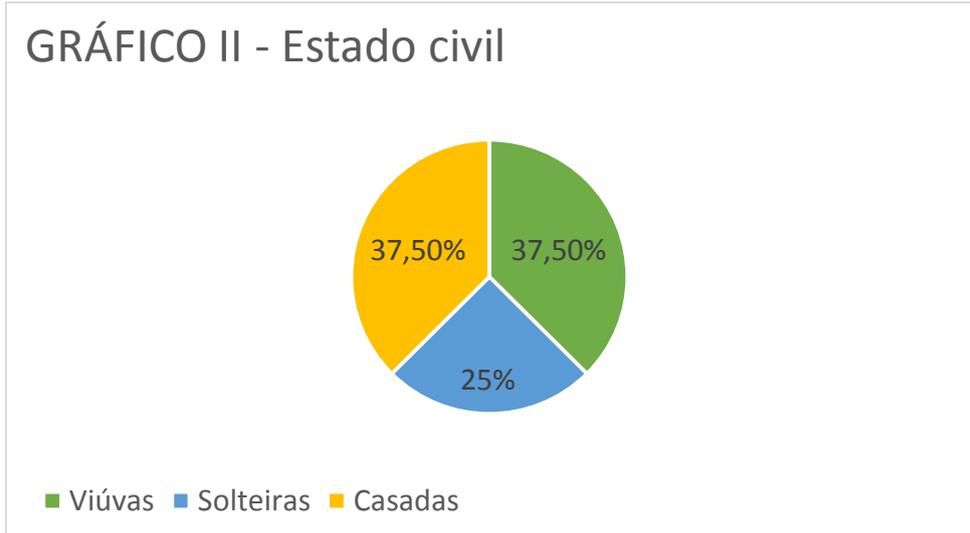
GRÁFICO I - Quantidade de filhos



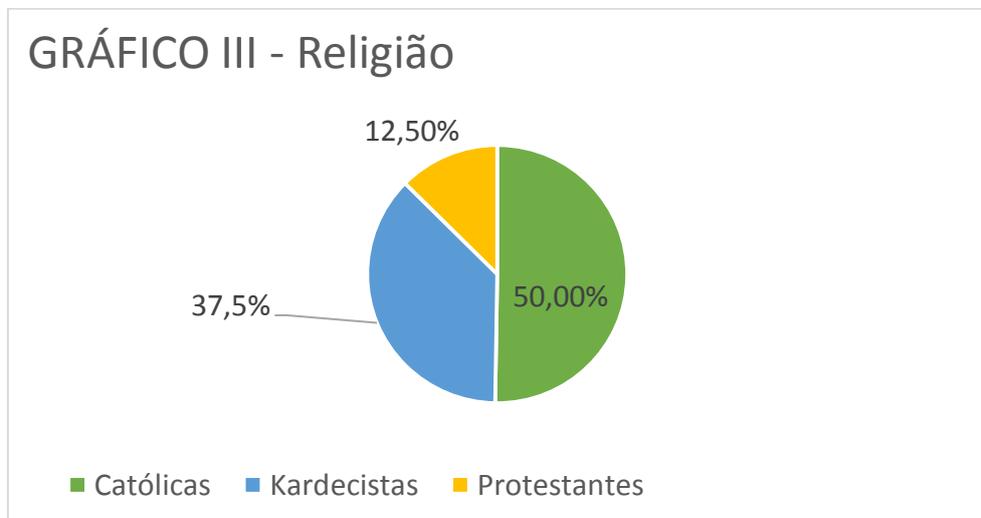
Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Em relação ao estado civil, destacado no gráfico II, 3 (37,5%) são viúvas, 3 (37,5%) estão casadas e 2 (25%) estão solteiras. O gráfico III destaca a religião das participantes do estudo: 4 (50%) são cristãs católicas, 3 (37,5%) são espíritas kardecistas e 1 (12,5%) é cristã protestante.

³⁴ Anexo B

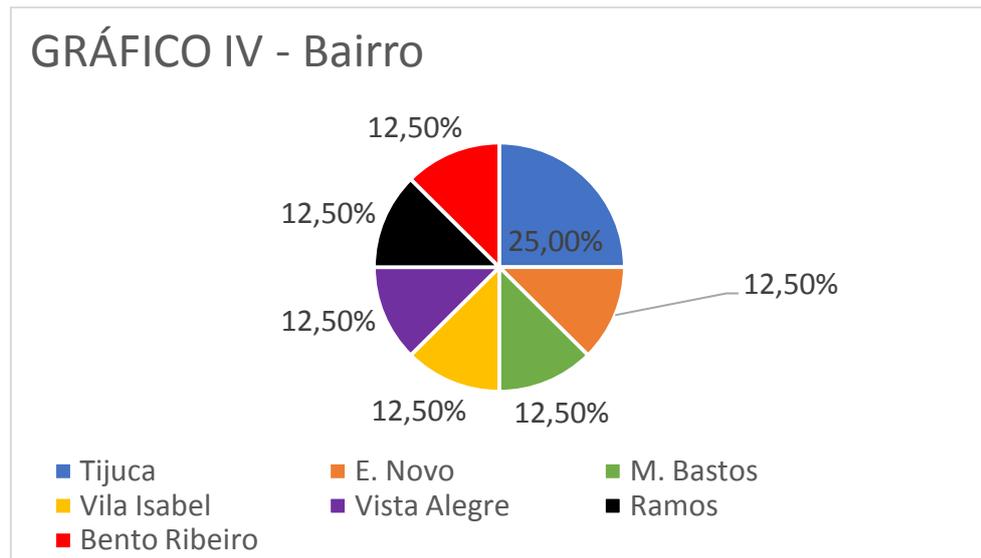


Fonte: OLIVEIRA, 2021.

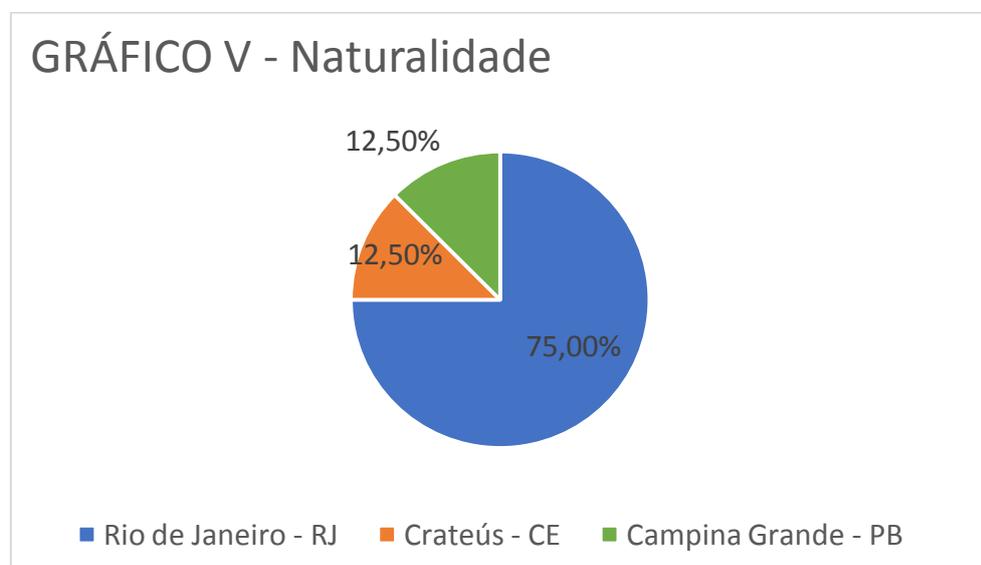


Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Todas as participantes residem na cidade do Rio de Janeiro: 2 (25%) na Tijuca, 1 (12,5%) no Engenho Novo, 1 (12,5%) em Vila Isabel, 1 (12,5%) em Bento Ribeiro, 1 (12,5%) em Vista Alegre, 1 (12,5%) em Ramos e 1 (12,5%) em Magalhaes Bastos. Em termos de naturalidade, 6 (75%) são da cidade do Rio de Janeiro, 1 (12,5%) de Campina Grande – Paraíba e 1 (12,5%) de Crateús - Ceará.

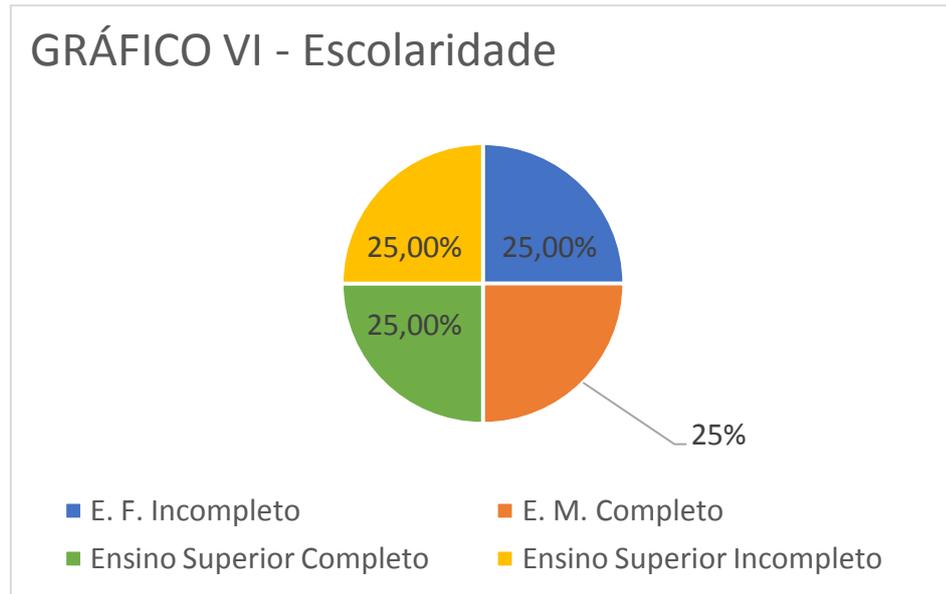


Fonte: OLIVEIRA, 2021.



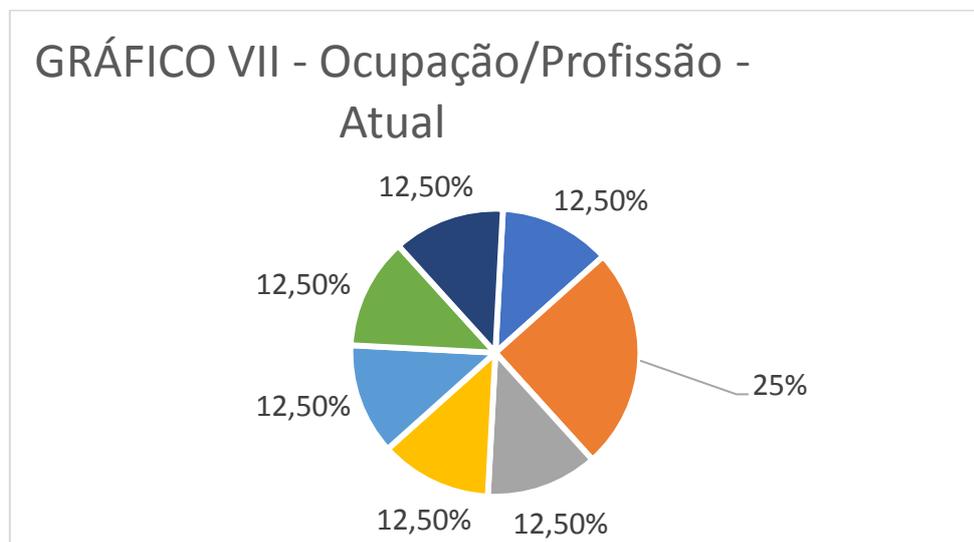
Fonte: OLIVEIRA, 2021.

No que diz respeito à escolaridade, registrado no gráfico VI, 2 (25%) possuem ensino fundamental incompleto; 2 (25%) ensino médio completo; 2 (25%) possuem ensino superior (turismo e jornalismo, sendo que um possui especialização em gestão da cultura e; 2 (25%) possuem ensino superior incompleto.



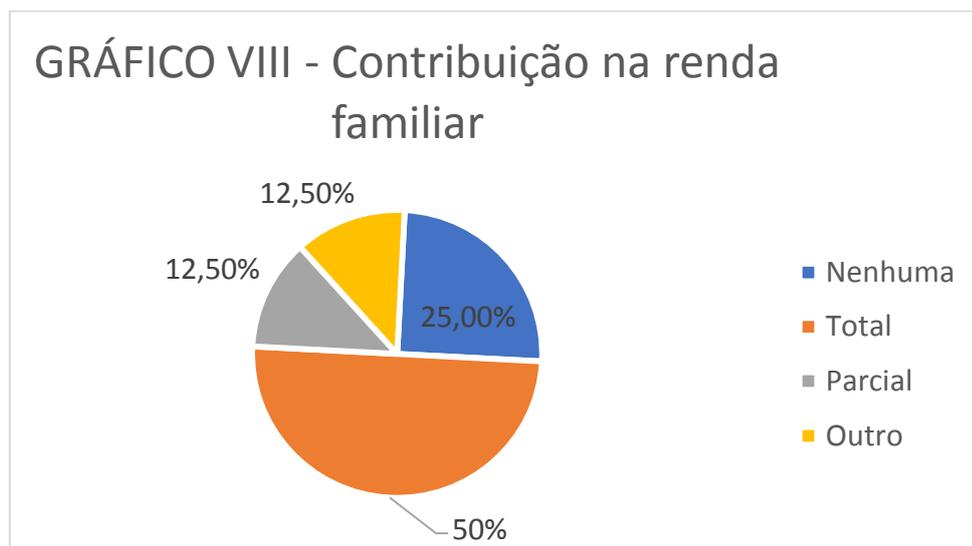
Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Em termos de ocupação/profissão, 1 (12,5%) é fotógrafa, mas encontra-se desempregada; 2 (25%) estão aposentadas, porém uma delas vende natura e avon e faz artesanato, no passado ambas exerceram funções administrativas; 1 (12,5%) trabalha passando roupa e cuidando de idosos e crianças; 1 (12,5%) trabalha no próprio ateliê, porém no passado trabalhou em loja de projetos de interiores; 1 (12,5%) dedica-se apenas as atividade do lar, entretanto trabalhou como secretária e auxiliar de escritórios no passado; 1 (12,5%) é cabeleireira e já trabalhou como assistente administrativa e; 1 (12,5%) é doméstica, costureira e arrumadeira de hotel.



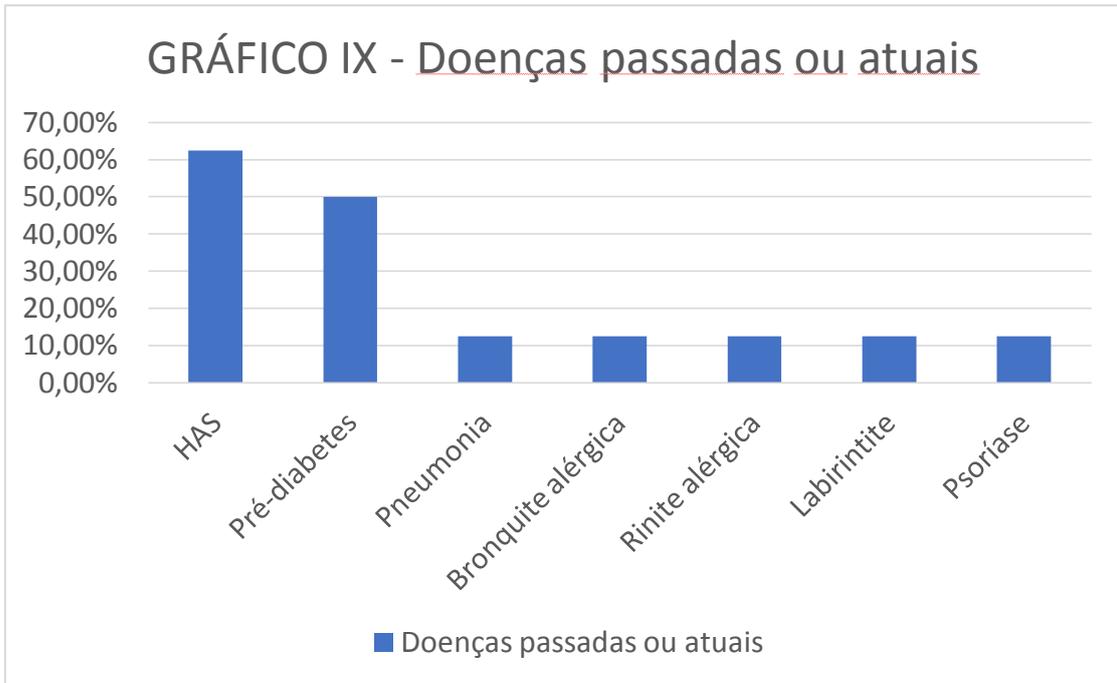
Fonte: OLIVEIRA, 2021.

No que diz respeito à renda, 2 (25%) não possuem renda própria e por isso dependem na totalidade da renda familiar (não contribuem na renda familiar); 1 (12,5%) está aguardando o dinheiro da pensão do esposo falecido, porém no momento utiliza algumas economias realizadas (outro); 1 (12,5%) possui renda própria, mas depende estritamente da ajuda dos filhos (contribui parcialmente na renda familiar); enquanto 4 (50%) possuem renda própria e não dependem da ajuda de terceiros (contribuem totalmente na renda familiar). Entretanto, das 4 (50%) pacientes que contribuem totalmente 3 (75%) moram sozinhas e 1 (25%) com esposo e filhos.

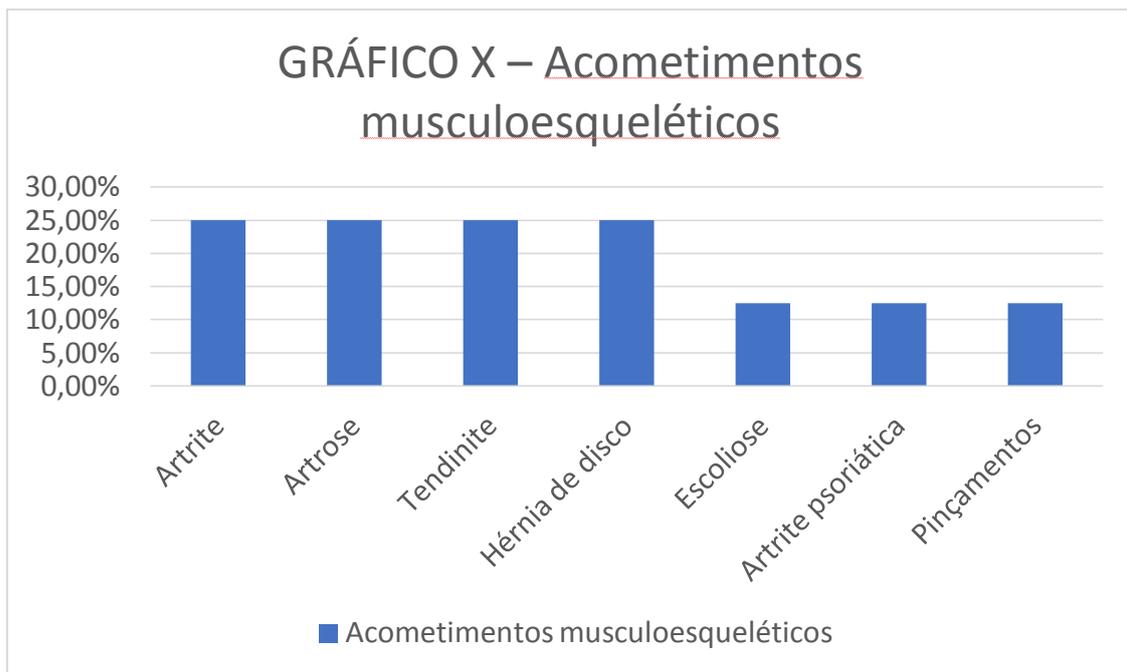


Fonte: OLIVEIRA, 2021.

No contexto das doenças passadas ou atuais, 1 (12,5%) já foi acometida por pneumonia; 1 (12,5%) por psoríase; 1 (12,5%) por bronquite alérgica; 1 (12,5%) por rinite alérgica; 1 (12,5%) por labirintite; 4 (50%) por pré-diabetes e; 5 (62,5%) por hipertensão arterial sistêmica. Em termos de acometimentos musculoesqueléticos, 1 (12,5%) possui artrite psoriática; 2 (25%) tendinite; 2 (25%) hérnia de disco; 1 (12,5%) escoliose; 2 (25%) artrose; 2 (25%) artrite e; 1 (12,5%) possui três pinçamentos na cervical e dois na lombar.

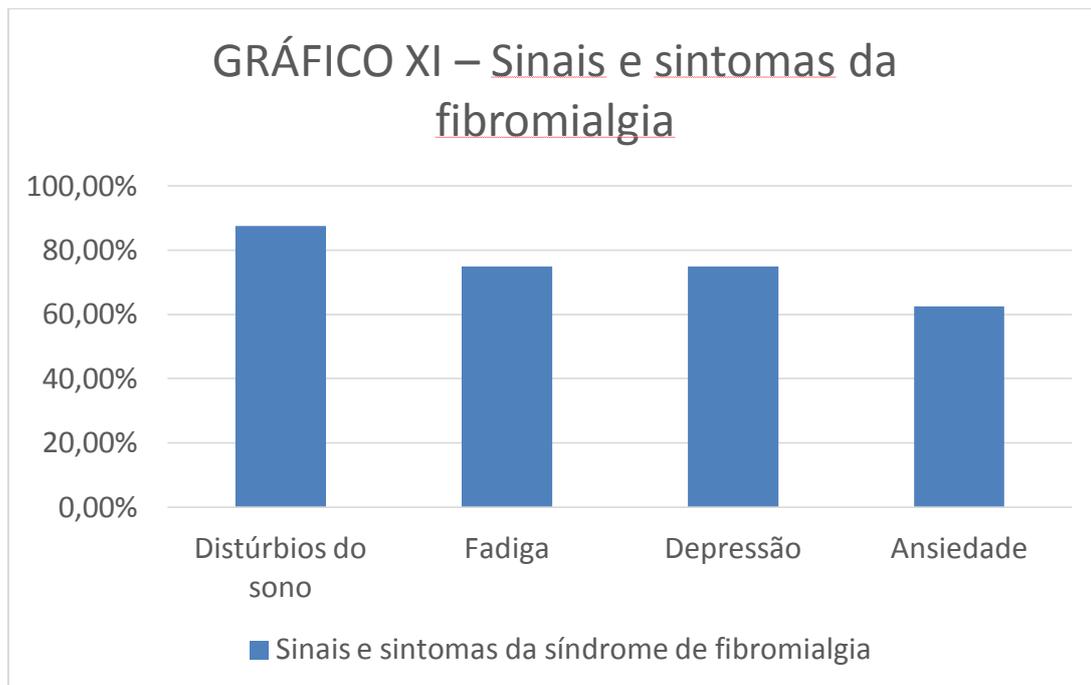


Fonte: OLIVEIRA, 2021.



Fonte: OLIVEIRA, 2021.

De acordo com os sinais e sintomas da síndrome de fibromialgia, 7 (87,5%) possuem distúrbios do sono; 6 (75%) fadiga; 6 (75%) depressão e; 5 (62,5%) ansiedade.

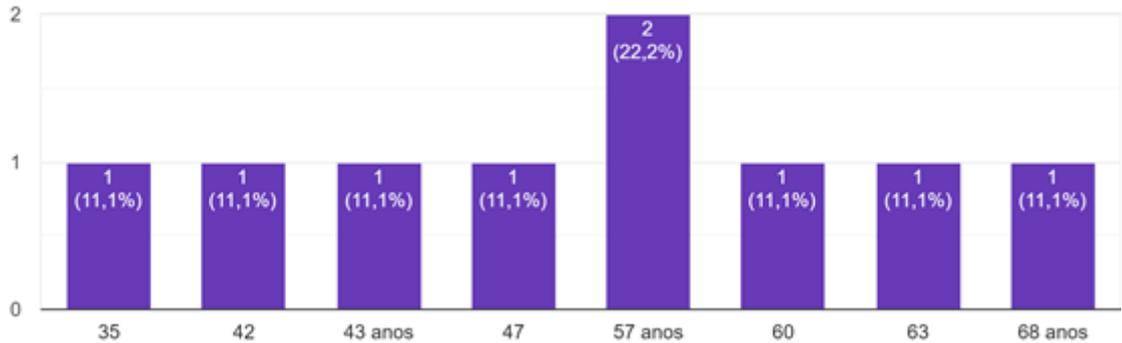


Fonte: OLIVEIRA, 2021.

3.6 Caracterização da amostra (profissionais de saúde)

A caracterização da amostra ocorreu mediante os dados sociodemográficos contidos no questionário semiestruturado do “Google docs” (formulários Google): idade, filhos, estado civil, bairro, escolaridade e profissão. Em termos de idade, a amostra apresentou uma média de 52,44 anos, com um DP =11,09.

GRÁFICO XII - Idade dos profissionais de saúde
 Idade
 9 respostas

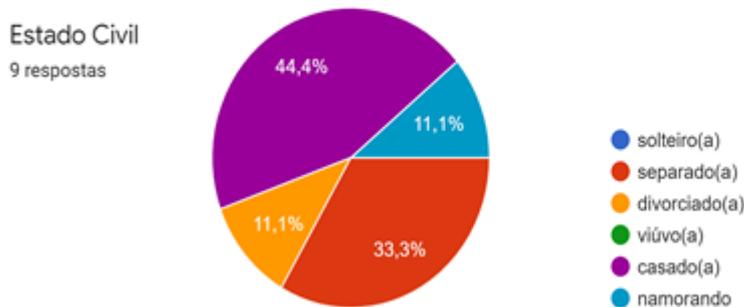


Fonte: OLIVEIRA, 2021.

No quesito filhos, apenas 1 participante do estudo não possui filho (11,11%), enquanto 8 possuem pelo menos um filho (88,88%), 1 possui 3 (11,11%) e 3 possuem 2 (33,33%). No que diz respeito à profissão dos profissionais de saúde, 2 são professoras de Educação Física, 1 é professor de Educação Física e médico, 3 são psicólogas, 2 são enfermeiras e uma é nutricionista.

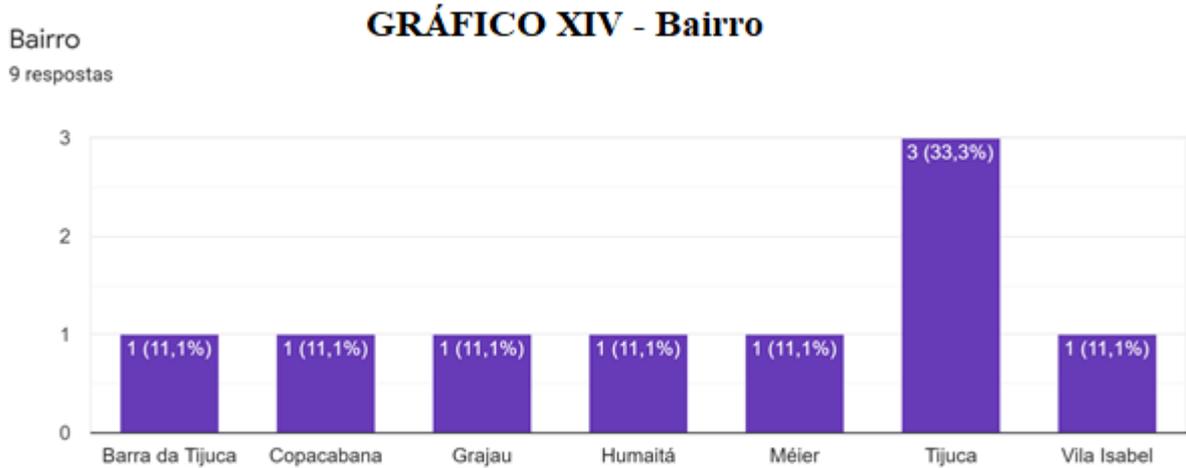
Em relação ao estado civil, 1 participante namora (11,11%), 1 está divorciado(a) (11,11%), 3 estão separados(a) (33,33%) e 4 estão casados(a) (44,44%).

GRÁFICO XIII - Estado civil dos profissionais de saúde



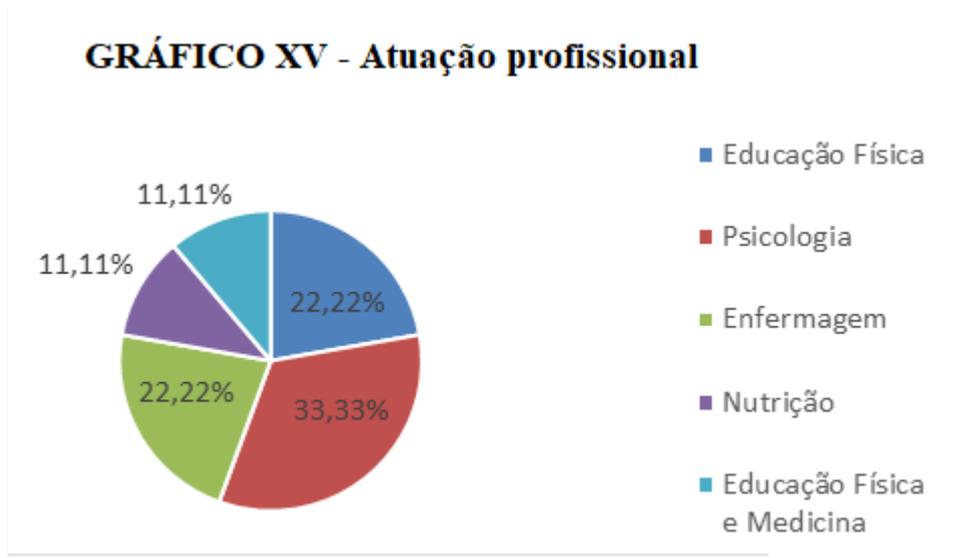
Fonte: OLIVEIRA, 2021.

No quesito bairro, 3 residem na Tijuca (33,33%), 1 em Vila Isabel (11,11%), 1 no Méier (11,11%), 1 no Humaitá (11,11%), 1 no Grajau (11,11%), 1 em Copacabana (11,11%) e 1 na Barra da Tijuca (11,11%).



Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Em relação à atuação profissional no TIF, 3 (33,33%) são professores de Educação Física, 3 (33,33%) são psicólogas, 1 (11,11%) é nutricionista e 2 (22,22%) são enfermeiras:



Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Os responsáveis pela coordenação do TIF são professores de Educação Física e servidores da UERJ, sendo um deles formado também em Medicina. A coordenadora (57

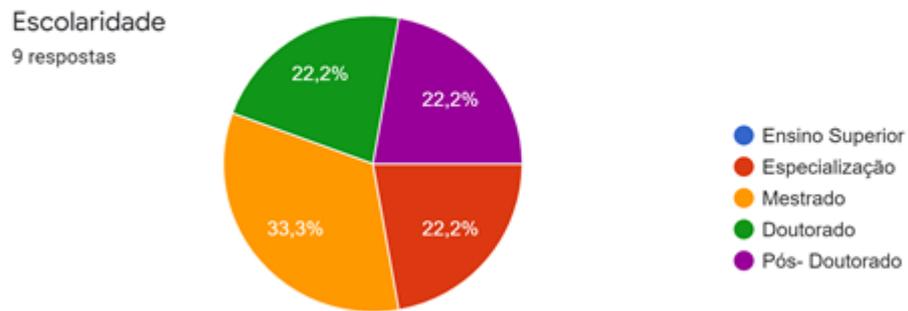
anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro) participou da criação do Projeto em 2000, atuando desde então como professora de Educação Física. O coordenador geral do PRACORSAU (68 anos, professor de Educação Física e Médico, Rio de Janeiro) auxilia a coordenadora do TIF na tomada de decisões para estabelecimento de parceiras, além de atuar como professor em disciplinas do curso de Educação Física do IEFD-UERJ. A outra professora de Educação Física, também servidora da UERJ, desempenha as funções de ajuda e auxílio (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro) aos coordenadores, pois é responsável pela coordenação do Projeto “Exercício físico e promoção da saúde para servidores da UERJ.

As profissionais envolvidas com o serviço de Psicologia do TIF apresentam as seguintes atuações: uma das profissionais foi colaboradora como Psicóloga do Projeto durante o ano de 2019 (43 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro); uma é a atual Psicóloga da equipe e servidora da UERJ (35 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro) e; a terceira (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro) é Psicóloga da FCM/Disciplina de Saúde Mental de Psicologia Médica, com carga horária cedida para o trabalho em ação conjunta como o Projeto em questão.

No caso da Enfermagem, uma articula as oficinas de cuidado, orienta alunos e acompanha o trabalho desenvolvido em conjunto pelo TIF, sendo também servidora e professora da Faculdade de Enfermagem/UERJ (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro). A outra profissional possui mestrado pela Faculdade de Enfermagem/UERJ (47 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro). A Nutricionista é servidora e professora do curso de Educação Física do IEFD-UERJ, desenvolvendo também ações de saúde no TIF (42 anos, Nutricionista, Rio de Janeiro).

Em termos de escolaridade, 2 são especialistas (22,22%) – a Psicóloga que atuou em 2019 no TIF e a Psicóloga da FCM, 3 são mestres (33,33%) – a coordenadora do TIF, a coordenadora do Projeto de Servidores da UERJ e a enfermeira, 2 são doutores(as) – o coordenador geral do PRACORSAU e a atual Psicóloga do TIF, (22,22%) e 2 são pós-doutores(as) (22,22%) – a Nutricionista e a profissional responsável pelo grupo de Enfermagem.

GRÁFICO XVI - Escolaridade dos profissionais de saúde



Fonte: OLIVEIRA, 2021.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS

A primeira categoria intitulada “Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: práticas de cuidado e acolhimento” foi construída por unidades de registro que se referem à estruturação do TIF, em termos de territorialização, descentralização e atenção à saúde e; às práticas e ações de cuidado em saúde e acolhimento na interdisciplinaridade. Desde uma perspectiva territorial e descentralizada sobre o TIF, mesmo que de forma não oficial, até as práticas que os profissionais de saúde desenvolvem no campo de cuidado e acolhimento com as pacientes diagnosticados com fibromialgia.

A segunda categoria chamada de “Constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde” foi construída por unidades de registro que se referem aos atos de dar e receber que se constroem nas relações de cuidado entre as pacientes com fibromialgia e os profissionais de saúde do TIF; às formas de retribuição que se caracterizam por contradádiva, principalmente na relação pacientes e profissionais de saúde e; à manutenção do ciclo envolvendo diversos atores sociais.

Esta categoria abrange e contextualiza o ciclo da tripla obrigação da dádiva sob a ótica das pacientes com fibromialgia envolvidas no processo de saúde, bem como dos profissionais do TIF. É interessante mencionar que a categoria leva em consideração as preocupações, demandas e anseios das pacientes na relação dialética com os profissionais, pois o circuito da dádiva não foi interpretado como unidirecional.

A terceira categoria intitulada “Corpo, saúde e dor crônica a partir da inserção no tratamento interdisciplinar” foi construída por unidades de registro que se referem às construções do corpo e da saúde na inserção no TIF e; à compreensão da dor crônica na inserção no TIF. Esta terceira categoria abrange e contextualiza as construções de corpo e dor crônica experimentadas pelas pacientes no âmbito terapêutico, principalmente na relação com os profissionais de saúde do TIF.

Na análise de dados selecionada, as unidades de registro constituem uma determinada categoria, conforme abarcado anteriormente no capítulo de métodos. É importante ressaltar também que as três categorias construídas na discussão de dados não devem ser pensadas por si só, pois supõem continuidade e articulação entre si. A primeira categoria, por exemplo, ao lidar com a estruturação das práticas de cuidado em saúde e acolhimento do TIF, fornece toda

uma estrutura e fundamentos necessários à discussão dos atos de dar, receber e retribuir dádivas simbólicas na segunda categoria.

A continuidade também reside na articulação entre a segunda e terceira categoria, principalmente quando aposta-se em construções e usos sociais do corpo e da dor crônica sob a égide da teoria do dom. A construção da discussão dos dados da presente Tese seguiu este pressuposto na intenção de sustentar que o cuidado em saúde, enquanto referencial antropológico do dom, fornece as técnicas e encontros necessários ao paciente com fibromialgia que experimenta práticas corporais de saúde e interdisciplinaridade.

Os quadros abaixo sintetizam as três categorias temáticas e as unidades de registro encontradas, bem como suas proximidades em termos de continuidade:

Tabela 1 – Categoria temática I

CATEGORIA TEMÁTICA I
Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: práticas de cuidado e acolhimento
Unidades de Registro:
estruturação do TIF, em termos de territorialização, descentralização e atenção à saúde; práticas e ações de cuidado em saúde e acolhimento na interdisciplinaridade

Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Tabela 2 – Categoria temática II

CATEGORIA TEMÁTICA II
Constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde
Unidades de Registro:
os atos de dar e receber nas relações das pacientes com os profissionais de saúde do TIF; formas de retribuição que se caracterizam por contradádiva; manutenção do ciclo de dar, receber e retribuir

Fonte: OLIVEIRA, 2021.

Tabela 3 – Categoria temática III

CATEGORIA TEMÁTICA III
Corpo, saúde e dor crônica na inserção no tratamento interdisciplinar

Unidades de Registro:
construções do corpo e da saúde na inserção no TIF;
compreensão e construção da dor crônica na inserção no TIF

Fonte: OLIVEIRA, 2021.

4.1 Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: práticas de cuidado e acolhimento

4.1.1 A estruturação do TIF

De acordo com Oliveira *et al.* (2017a), o PRACORSAU, programa de extensão que comporta o TIF, percorre um processo de constituição, ao longo dos últimos vinte anos, como evidente local de atenção à saúde nos moldes da territorialização do SUS. A territorialização em saúde deve ser entendida como a organização de serviços e ações de saúde como uma delimitação espacial/territorial e social determinada e uma população adscrita, sendo a fibromialgia no caso do presente estudo. Conforme mencionado nos métodos, pessoas de diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro procuram o PRACORSAU e demandam ações de saúde.

Para Faria (2019), a territorialização em saúde do SUS reflete o modelo de Atenção Básica/Primária que se pensa no Brasil. Trata-se de uma organização em redes de atenção regionalizada, hierarquizada e também descentralizada. Regionalizar e hierarquizar os serviços supõem organizá-los em níveis crescentes de complexidade, em uma certa área, articulado com outros serviços que já existem, com um planejamento que inclui conhecimentos e saberes da população que será atendida. É importante ressaltar neste momento a descentralização em saúde, um dos princípios organizativos do SUS que se aproxima do conceito de territorialização. O termo descentralizar sugere a transferência de autoridades, competências, responsabilidades, demandas e tomada de decisões a fim de melhorar a gestão e a resolutividade de saúde.

A delimitação territorial dos serviços em uma determinada área geográfica adscrita deve ser pensada, na concepção de Faria (2019), a partir de uma relação de vinculação e cuidados em saúde entre a população que busca e demanda os serviços e os profissionais de saúde. O autor adiciona que a Estratégia Saúde da Família³⁵ (ESF), enquanto porta de entrada da Atenção Básica/Primária do SUS, incorpora o modelo de territorialização em saúde, apesar do contexto político-ideológico inviabilizar e dificultar a implementação nestes trinta anos do SUS.

Em termos de territorialização em saúde, o TIF foi fundado em 2000, com a intenção de oferecer terapêutica não-medicamentosa, e já atendeu desde então mais de 500 mulheres diagnosticadas com fibromialgia. Se nos momentos iniciais os pacientes eram encaminhados exclusivamente pelo Serviço de Reumatologia/ambulatório de Fibromialgia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), atualmente o serviço prestado expandiu-se, atendendo à demanda de outros hospitais, clínicas e consultórios. Duas perguntas do questionário semiestruturado procuraram abarcar esta questão sobre o atual encaminhamento dos pacientes com fibromialgia ao TIF.

De acordo com as respostas dos profissionais de saúde, os pacientes que chegam ao TIF precisam apresentar encaminhamento formal do médico assistente de ordem pública ou privada. Entretanto, alguns chegam por indicação de psicólogos, fisioterapeutas, ex-participantes do tratamento, canais de divulgação da própria UERJ (COMUNS) e até mesmo por encaminhamentos dos mais diversos serviços de saúde. O registro do encaminhamento formal é necessário, porém sem a obrigatoriedade ser pelo ambulatório do HUPE:

Os pacientes são encaminhados pelo médico assistente seja de origem pública ou privada. Alguns chegam por indicação de psicólogos, fisioterapeutas, ex participantes do projeto, alunos do IEFD, informação pela internet, e outras fontes, mas todos precisam apresentar encaminhamento formal do médico assistente (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

Através de diferentes canais de divulgação dentro da universidade (COMUNS), a partir dos profissionais que atuam nos setores envolvidos no projeto, de alunas e ex alunas do projeto, dos

³⁵ A ESF é uma porta de entrada do SUS que visa promover a qualidade de vida e intervir em fatores de risco que prejudicam a saúde (tabagismo, sedentarismo, má alimentação).

servidores da universidade e de profissionais da área da saúde externos a universidade (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Ainda no contexto do encaminhamento dos pacientes ao TIF, os profissionais de saúde destacaram as relações com a Atenção Básica do SUS, pois com frequência pacientes diagnosticados com fibromialgia são encaminhados pelos profissionais destas unidades de saúde. Entretanto, não existe nenhuma unidade de saúde da Universidade (UERJ) ligada à Atenção Básica/Primária do SUS, apenas atenção secundária e terciária, como bem destaca a profissional de enfermagem do TIF. Formalmente, o TIF não está vinculado à Atenção Básica do SUS, apesar da UERJ possuir serviços nas Atensões Secundária³⁶ e Terciária³⁷ em saúde (HUPE e Policlínica Piquet Carneiro)

Muitos nem conhecem esse adoecimento crônico. Além disso, nenhuma unidade de saúde da Universidade está ligada a Atenção Básica. Apenas a atenção secundária e terciária (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

Mesmo que formalmente e institucionalmente não exista ligações perante à Atenção Básica, de acordo com uma das professoras de Educação Física que participou do estudo, “o TIF tornou-se referência, na esfera pública, no atendimento as pessoas com fibromialgia” (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro). Uma das pacientes entrevistada destacou, por exemplo, que a Clínica da Família³⁸ do SUS facilitou o encaminhamento ao Projeto de fibromialgia da UERJ:

Facilitou porque quando eu conversei com ela na Clínica da Família, ela me deu mó força, ela disse que eu ia melhorar das dores,

³⁶ Este nível envolve maior complexidade e especialização serviços em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Destacam-se serviços de apoio diagnóstico, terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

³⁷ Este nível de alta complexidade envolve um conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, além de organizar procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo: oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia e etc.

³⁸ As Clínicas da Família são um marco que representa a reforma da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. O modelo tem como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças (<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>)

depressão, o meu movimento, que ia ser bom para mim, para a fibromialgia (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús – CE).

Em outras palavras, ainda que não seja objetivo inicial do TIF, e que não tenha ligação formal e institucional com o nível de atenção primária em saúde, entende-se o Projeto como uma das portas de entrada do SUS e um dos elementos da Atenção Básica em saúde. Se para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) supõe a Atenção Básica enquanto o contato preferencial dos usuários de saúde, de maneira descentralizada e ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (territorialização em saúde), é possível aproximar o TIF do presente entendimento.

Assim como a Atenção Básica, o TIF também visa a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos (controle do quadro sintomático dos pacientes com fibromialgia), o tratamento (não-farmacológico e interdisciplinar), a reabilitação (física, social e emocional), a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma ação que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas (empoderamento). Além do mais, pacientes diagnosticados com fibromialgia de diversos lugares do Rio de Janeiro procuram o TIF na busca por tratamento interdisciplinar. Na história do Projeto, há registros de pacientes que vieram até mesmo de outros Estados na busca por tratamento.

De acordo com Cavaliere *et al.* (2019), faz-se necessário ressaltar a inexistência da prestação de serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro com inteira gratuidade em termos das atividades oferecidas. Conforme apresentado no capítulo de métodos, os pacientes experimentam práticas corporais de saúde supervisionadas, apoio psicológico, orientação nutricional, educação em saúde, palestras com o grupo de Enfermagem e consultas com reumatologistas, psicólogos e psiquiatras no HUPE e Policlínica Piquet Carneiro.

Para além das articulações práticas não oficiais com a Atenção Básica, seja em nível de territorialização/descentralização e também de objetivos, no discurso das profissionais de saúde, o TIF articula-se também com outros níveis de atenção (secundária e terciária) do SUS, principalmente no contato e convívio institucional e profissional com a Policlínica Piquet Carneiro e o HUPE:

Sim, porque o HUPE e PPC São geridos pelo SUS, além do atendimento ser gratuito para a população, funcionários da Universidade e para as pessoas que vivenciam o processo de

adoecimento por Fibromialgia. (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

O atendimento realizado pelos profissionais do Hospital Universitário Pedro Ernesto e Policlínica Piquet Carneiro são via SUS. A atuação desses profissionais envolve intervenções, acompanhamentos e avaliações tanto dos grupos e individualmente, quando necessário, acontecem nas diferentes fases do tratamento (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

O HUPE é o hospital universitário oficial da UERJ, classificado nos níveis de Atenção Secundária e Terciária à saúde, seja em serviços mais complexos de atendimento, como cirurgias de grande porte, internações e tratamentos intensivos, quanto no funcionamento a partir de ambulatórios e exames diversos³⁹. O Serviço de Reumatologia/ambulatório de Fibromialgia do HUPE, que inicialmente encaminhava pacientes ao TIF, é um ótimo exemplo de Atenção Secundária à saúde, em termos diagnósticos e terapêuticos (CAVALIERE *et al.*, 2019).

A Policlínica Piquete Carneiro, por sua vez, está inserida na rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro como Unidade de Atenção Secundária, a partir da realização de consultas e prestação de serviços ambulatoriais especializados. Desde 2014, a porta de entrada da Policlínica passou a ser feita pelo Sistema de Regulação (SISREG), visando maior controle do fluxo de pacientes e otimização dos recursos disponíveis. Sendo assim, as consultas marcadas pelo SISREG articulam as Policlínicas às unidades de Atenção Básica, como os postos de saúde e Clínicas da Família.⁴⁰

No questionário preenchido pelos profissionais de saúde, um dos questionamentos visou desvelar as relações de parceria entre o TIF, o HUPE e a Policlínica. De acordo com a professora de Educação Física e coordenadora do TIF, “há uma relação de parceria com o serviço de Reumatologia do HUPE e com o serviço de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro” (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro). A fala em destaque da professora condiz com Cavaliere *et al.* (2019), quando estes afirmam que

³⁹ PUC PUC-RIO. O Hospital Universitário: lócus privilegiado de atenção à saúde. O campo de pesquisa. Certificação digital N:0912202/CA. Disponível em: < https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/19203/19203_5.PDF>. Acesso em: 18 de set. de 2020.

⁴⁰ PPC. Policlínica Piquet Carneiro - UERJ. Serviço – Formas de Acesso. Disponível em: < <http://www.ppc.uerj.br/site/index.php/formas-de-acesso/>>. Acesso em: 18 de set. de 2020.

o TIF conta com a parceira, desde 2011, do Serviço de Psicologia Médica do HUPE que, além do apoio psicológico, atende às pacientes no ambulatório de psiquiatria da Policlínica quando há necessidade de avaliação/acompanhamento de quadros clínicos.

O projeto teve início no ano 2000, por uma parceria entre o Serviço de Reumatologia do HUPE e o Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ. Atualmente também há colaboração com a Psiquiatria da Policlínica Piquet Carneiro que atende pacientes do TIF que necessitam de atendimento para questões emocionais (68 anos, professor de Educação Física e Médico, Rio de Janeiro).

A relação de parceria entre o TIF e os serviços de reumatologia e saúde mental do HUPE e Policlínica, respectivamente, supõe avaliação, acompanhamento, tratamento e diagnóstico de pacientes. “O TIF é uma estratégia terapêutica de reabilitação de pacientes com Fibromialgia para onde são encaminhados os pacientes avaliados dentro dessas unidades de saúde como elegíveis para o programa, dentro de critérios prévios e de um fluxograma já estabelecido” (43 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro). Nos dias atuais os pacientes do TIF experimentam a parceria destacada pela psicóloga do Projeto, seja em termos avaliativos e diagnósticos ou de tratamento.

Uma das pacientes entrevistadas destacou a parceria entre o TIF e o HUPE na esteira do diagnóstico da fibromialgia. O percurso da paciente ocorreu da forma apresentada pela psicóloga, pois o contato inicial foi com uma profissional de saúde do HUPE, algo bastante comum na rotina das pacientes. A paciente ingressou em fevereiro de 2019 e teve o diagnóstico fechado pela reumatologista do HUPE, após ter passado sem sucesso por outros profissionais da rede privada de saúde. O tratamento interdisciplinar da fibromialgia, a partir de uma rede de parcerias entre instituições e serviços de saúde, possibilita e facilita a prática do diagnóstico, pois insere o paciente no centro das ações de saúde, como bem sugerem Pereira e Magri (2019) e Mattos (2015).

Fevereiro, mas na verdade a reumatologista já tinha visto antes novembro-dezembro, mas na verdade a crise que eu tive foi em agosto, que foi diagnosticada como coluna, ai fui no ortopedista, pois realmente tenho problema de coluna, ai é.....como não estava

dando resultado o tratamento dele, ai ele começou a desconfiar de FM, ai começou aquela peregrinação, ai eu acabei caindo na reumatologista, a reumatologista aqui do laboratório... uma consulta médica convencional, ai ela conversou comigo aqui nessa salinha e me disse que eu tinha FM, que iria me observar para ai sim fechar o diagnóstico (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Outra paciente pontuou o papel do HUPE no diagnóstico da fibromialgia, além das articulações existentes e possíveis entre HUPE e Policlínica. De acordo com a mesma, um dos residentes do HUPE diagnosticou a fibromialgia e explicou as diferenças entre esta e a artrite psoriática, outro acometimento da paciente, por conta de ambas apresentarem quadro doloroso. O percurso terapêutico da paciente começou com o diagnóstico no HUPE, depois pela Policlínica, onde a paciente faz tratamento medicamentoso até os dias atuais, para, posteriormente, um encaminhamento de um reumatologista da Policlínica levá-la ao TIF.

Foi no HUPE, com um residente, muitas dores, ai mandou eu sentar na cama e começou a me apertar em vários lugares, ai depois disso tudo ele me explicou que era fibromialgia, por causa da quantidade de pontos doloridos, mas eu também tenho artrite psoriática, então às vezes eu sinto dores que não são da fibromialgia...em abril eu fiz uma infiltração no joelho, muita inflamação da artrite, ai fiz uma aplicação que dói para caramba, eu não desejo para ninguém, parece que vai morrer, a melhora é lenta, só depois de um mês que a dor no joelho passou....agora eu tomo MTX a mando da médica do Piquet, mas tomo no HUPE, eles funcionam juntos, eu faço exames no HUPE à pedido do Piquet, a reumatologia está no Piquet (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

A fala em destaque da paciente corrobora com os postulados de Cavaliere *et al.* (2019), Giusti, Castelnuovo, Molinari (2017) e Salvat *et al.* (2017) no que diz respeito à importância da articulação de saberes e serviços de saúde no atendimento do paciente com

fibromialgia, em termos de entendimento e compreensão da síndrome por parte dos acometidos. Além do mais, é importante mencionar, sob a égide da descentralização e hierarquização em saúde, os papéis que o HUPE e a Policlínica enquanto unidades de atenção à saúde desempenham às comunidades internas e externas a UERJ, que inclui o TIF.

As relações entre TIF, HUPE e Policlínica justificam-se também nos moldes da territorialização em saúde, principalmente quando Faria (2019) aponta a importância da delimitação territorial para a organização de ações de saúde. O paciente com fibromialgia que chega em um desses serviços, por encaminhamento do setor público ou privado de saúde, possui uma considerável chance de um novo encaminhamento, pois além da proximidade territorial e espacial entre a UERJ, o HUPE e a Policlínica, parte dos serviços estão articulados, como bem ressaltado. Das oito pacientes entrevistadas, cinco deixaram claro que frequentam ou frequentaram serviços de saúde no HUPE ou na Policlínica por conta do tratamento da fibromialgia no TIF.

Vale ressaltar também os papéis desempenhados pela territorialização e descentralização em saúde no que diz respeito, segundo Faria (2013), ao caráter universal do SUS, ou seja, na articulação entre os princípios e os princípios organizativos. Para um atendimento universal, integral e com equidade, o autor adiciona a necessidade da existência de serviços territoriais, onde a descentralização em saúde torna isso possível. O TIF, enquanto espaço de atenção à saúde nos moldes da territorialização, disposto territorialmente em parceria com HUPE e Policlínica, pode ser pensando como um espaço que possibilita a efetivação do acesso e continuidade em saúde de pacientes diagnosticados com fibromialgia.

Ai que eu fui em um reumatologista aqui na Piquet Carneiro, encaminhada pelo meu médico da incontinência urinária. Ai eu conversando com ele, ele foi e me encaminhou para lá, de lá que o médico prescreveu para o fisioterapeuta... e tava esse nome esquisito lá. No fisioterapeuta que ele foi me explicar o que que era o meu problema. Foi onde ele falou: tem um projeto na UERJ que é muito bom, se a senhora for para lá a senhora será bem acolhida, vai ser muito bom, foi a partir da prescrição dele que eu cheguei até aqui. (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús – CE).

A Doutora que é Psiquiatra me diagnosticou la no Piquet... não foi difícil não, a única coisa difícil são os exames para gente conseguir, porque isso é difícil, esses exames assim, que eu acho difícil, o fundo de olho e o eco.... o teste ergométrico eu consegui fazer. Eu percebo que exigem esses exames por causa dos exercícios (53 anos, viúva, doméstica, Campina Grande - PB).

De acordo com Pinheiro e Martins (2011), a importância de responsabilizar o nível local de gestão pelos serviços prestados à população de um determinado território, em termos de descentralização e territorialização, deve ser acompanhada por um viés crítico no que diz respeito as relações estabelecidas, no campo prático, que perpassam usuários de saúde e profissionais habilitados. Ou seja, os locais de atenção à saúde, no contexto da territorialização, devem atuar a partir de relações com base no cuidado longitudinal, vínculo e acolhimento, onde o usuário de saúde passa a ser interpretado enquanto sujeito do processo.

Oliveira *et al.* (2017a) aproximam-se de Pinheiro e Martins (2011) quando apostam na construção de ações e práticas de cuidado em saúde e acolhimento na relação profissional de saúde-pacientes com fibromialgia. Os autores sugerem que são as relações baseadas nestes princípios que podem encurtar o distanciamento técnico-científico e sociocultural que perpassam os profissionais de saúde e os pacientes com fibromialgia. A partir da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde, entende-se como ações que supõem mudanças na relação profissional/usuário, possibilitando uma rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004; SENA *et al.*, 2015).

No que diz respeito à lógica do cuidado em saúde, trata-se de uma intervenção de mediação entre profissionais de saúde e usuários na tentativa de aliviar ou dar um fim ao sofrimento, além do compromisso com a melhora da qualidade de vida. É o compromisso e a responsabilidade de cada um com a construção de atitudes que buscam a modificação de situações que agridem e danificam a vida (CUNHA *et al.*, 2017).

De acordo com a enfermeira do Projeto, uma das missões/visões do TIF é promover o cuidado em saúde e a qualidade de vida dos pacientes que vivenciam o adoecimento por

fibromialgia. A qualidade de vida no entendimento de experimentar formas mais saudáveis e autônomas perante à fibromialgia:

Acompanhar e produzir cuidado interdisciplinar às pessoas que vivenciam o processo de adoecimento por fibromialgia. Empoderar as pessoas para o autocuidado, autoconhecimento e autogerenciamento de suas vidas, tornando pessoas com mais conhecimento, autonomia para enfrentar todo o processo e para que consigam viver com mais qualidade de vida (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

O cuidado em saúde insere-se nas discussões relacionadas à humanização da saúde, uma perspectiva que rompe com as formas tradicionais de se pensar a saúde a partir de programas assistenciais verticalizados. A humanização da saúde visa alcançar uma dimensão mais integral do usuário de saúde, respeitando a subjetividade e o protagonismo dos mesmos. O adoecimento humano interliga-se aos domínios individuais e coletivos da existência, não reduzindo-se aos aspectos utilitários, individualistas e hierárquicos do que se pensa e se faz saúde. O cuidado é interpretado como possibilidade relacional capaz de convidar democraticamente os usuários para o processo saúde-doença (CUNHA *et al.*, 2017).

O acolhimento opera no sentido de estar atento aos sujeitos no processo de adoecimento, da escuta enquanto necessidade, da mobilização dos envolvidos e da ampliação ao acesso de serviços. Trata-se da possibilidade de identificação das necessidades reais dos usuários, sendo uma estratégia que encontra outras formas de lidar com o adoecimento, que é singular. Os usuários de determinado serviço de saúde revelam suas particularidades no momento em que se sentem acolhidos, o que possibilita intervenções mais eficientes no campo da saúde. O acolhimento reconhece o usuário enquanto sujeito da produção do cuidado em saúde (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2013; LOPES *et al.*, 2015; SILVA, ROMANO, 2015; GIRÃO, FREITAS, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

A coordenadora do Projeto destacou o acolhimento como uma das visões/missões do TIF, principalmente na construção da autonomia dos participantes:

Acolher as pessoas encaminhadas, oferecer serviço de qualidade técnica e humana com ações interdisciplinares que orientam de forma teórica e prática a construção da autonomia dos participantes. Busca

oferecer um espaço de prazerosa troca e construção de conhecimento entre os participantes, a equipe, e os acadêmicos (graduação e pós graduação) de diferentes áreas (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

Na concepção da professora de Educação Física, o empoderamento das pacientes com fibromialgia também deve ser encarado como uma das missões/visões do Projeto. Para Gonzáles (2015), Carvalho (2016) e Santos, Moreira e Gomes (2020), o empoderamento no campo da saúde deve ser pensado enquanto ferramenta que se traduz em participações mais efetivas e autônomas dos pacientes que experimentam o adoecimento crônico:

Visa o empoderamento das alunas a partir das vivências e das práticas de educação em saúde com foco no autoconhecimento como forma de lidar com a fibromialgia (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

4.1.2 Práticas e ações de cuidado em saúde e acolhimento – atuação profissional

O TIF iniciou, no ano de 2000, propondo exercícios físicos para ajudar no tratamento da fibromialgia. Ao longo do tempo incorporou atendimento psicológico/psiquiátrico, orientação nutricional. Sua missão na atualidade é promover atendimento integral dos pacientes, valendo-se da atuação de uma equipe interdisciplinar: professor de Educação Física, médico (reumatologia, psiquiatria), psicólogo, nutricionista, enfermeira (68 anos, professor de Educação Física e médico, Rio de Janeiro).

O tratamento necessário, assim, né, das indicações, se eu precisar de um tratamento com reumatologista eu tenho, com nutricionista, com psicólogo, tudo, se eu chego na professora e falo com ela, ela tenta

ajudar da melhor maneira possível e indicando o profissional que eu preciso (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

De acordo com as falas em destaque, o TIF exerce suas ações interdisciplinares de saúde a partir da prescrição do exercício físico supervisionado (Educação Física), atendimento/acompanhamento psicológico (Psicologia), orientação nutricional (Nutrição), Enfermagem e Medicina (Reumatologia e Psiquiatria). A fala dos profissionais de saúde sobre a atuação no Projeto destaca ações específicas, relacionadas com a formação de cada profissional, dotadas de cuidado em saúde, empoderamento e acolhimento. A partir de Tesser e Luz (2018), entende-se a necessidade de construir práticas de saúde que combinem ações técnicas (eficácia específica) e de cuidado e acolhimento.

No TIF não existe uma separação entre esses dois tipos de atividades, pois, conforme comentado anteriormente, as ações específicas dos profissionais de saúde estão imersas em relações de cuidado e acolhimento. No caso da Educação Física, o professor desenvolve e prescreve exercícios físicos aeróbios, de força e também de alongamento, em termos de intensidade, volume e duração, porém sob a ótica sociocultural das práticas corporais de saúde. Em outras palavras, os exercícios físicos são conduzidos e estruturados a partir do movimento corporal, elemento fundamental do cuidado e acolhimento, conjugado aos envoltivos motores e fisiológicos do corpo:

O professor de Educação Física é responsável pelo planejamento das atividades no contexto das práticas corporais de saúde como as aulas regulares envolvendo a prescrição dos exercícios aeróbios, de força e alongamento; aulas temáticas de cunho lúdico e socializante ; encontros festivos considerando o aspecto cultural e visando a integração social. Contribui também no atendimento e desenvolvimento dos participantes e dos diferentes profissionais da equipe interdisciplinar nas fases do tratamento (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Busco ouvir e olhar com compaixão para as pessoas que procuram o TIF. Em geral descrentes de melhoras ou como se o serviço fosse a luz no final do túnel. Muita responsabilidade. Fundamental acolher.

Esse é o primeiro passo de tantos que vão sendo dados "lado a lado" com o paciente, sem pressa. Convido à participação ativa no cuidado com a saúde, aliança com a saúde e não com a doença (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

As falas das professoras de Educação Física aproximam-se dos postulados de González (2015), principalmente no contexto da estruturação e planejamento dos exercícios físicos enquanto práticas corporais. O autor sugere práticas não pautadas apenas nos princípios fisiológicos e biomecânicos do movimento corporal, pois supõe a necessidade de uma organização interna, que pode ser lida como uma lógica específica fisiológica, própria das Ciências Naturais, inserida nos produtos culturais de cuidado com o corpo, onde destaca-se um formato de práticas corporais que visam o próprio processo de adoecimento do paciente com fibromialgia.

Nas recomendações baseadas em evidências, de exercícios físicos para pacientes com fibromialgia, de acordo com MacFarlane *et al.* (2017), o TIF parece seguir um caminho seguro em termos de atividades aeróbicas, de força e de flexibilidade. Para os autores, estas abordagens não-farmacológicas proporcionam efeitos importantes sobre a dor, função física, qualidade de vida e outros sintomas da síndrome. A ausência de exercícios na programação ou prescrições equivocadas, que não se baseiam nas principais evidências da literatura, prejudica os pacientes com fibromialgia e exacerbam o quadro sintomático (MCDOWELL, COOK, HERRING, 2017; SOSA-REINA *et al.*, 2017).

Para Oliveira *et al.* (2019a), na linha de raciocínio de McFarlane *et al.* (2017), a prática do exercício físico, exercícios aeróbios de baixa intensidade e impacto podem impactar positivamente o quadro sintomático da fibromialgia e a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Os autores sugerem correlações significativas e positivas entre a prática regular de atividades físicas, como caminhadas, e as dimensões da qualidade de vida, no que tange aspectos biológicos (objetivos) e socioculturais (subjetivos).

É interessante mencionar que a partir do conceito de fato social total, as ações da Educação Física do TIF justificam-se na medida em que o pressuposto de totalidade (tríade do social, fisiológico e psicológico) se faz presente nas práticas corporais de saúde. A fala da coordenadora do TIF sustenta a necessidade de uma Educação Física capaz de exercitar a escuta, o olhar e a compreensão, características importantes e necessárias ao exercício do acolhimento e do cuidado, na concepção de Tesser e Luz (2018).

As práticas corporais de saúde, enquanto campo de atuação do professor de Educação Física, em termos de cuidado e acolhimento, inserem-se na interdisciplinaridade do TIF, ou seja, compartilham saberes e perspectivas com os outros profissionais de saúde que atuam no Projeto. A própria literatura sugere tratamento interdisciplinar, ainda que em alguns momentos as relações de cuidado e vínculo permaneçam ocultadas em alguns registros científicos. Para Berardinelli, Brito e Miranda (2019), por exemplo, essas relações garantem a coesão entre todos os envolvidos no processo terapêutico, pacientes e os mais diversos profissionais.

Na concepção das profissionais de saúde envolvidas com Enfermagem do TIF, as atividades desenvolvidas visam principalmente a potencialização do cuidado, a motivação das pacientes envolvidas e o desenvolvimento do reconhecimento dos sujeitos em termos de ressignificação do processo de adoecimento. As atividades desenvolvidas pelo grupo de Enfermagem foram realizadas a partir de relações de troca entre as pacientes do TIF e as profissionais do grupo:

Potencializadora do cuidado, motivando as pessoas a se reconhecerem enquanto seres humanos capazes de ressignificar suas vidas e continuarem a viverem em plenitude (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

Sou participante do grupo no grupo interdisciplinar juntamente com os demais profissionais integrantes (47 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

A partir de Couto *et al.* (2020), a potencialização do cuidado, mencionada pela profissional de Enfermagem, pode ser lida por um “autocuidado”, um agenciamento de cuidado em saúde que os pacientes com fibromialgia constroem e desenvolvem em relação ao corpo e a saúde, principalmente por conta das relações sociais experimentadas perante os profissionais de saúde. É sempre importante mencionar e distanciar-se da concepção de um “autocuidado” vinculado ao individualismo metodológico pontuado, conceituado e criticado com base em Caillé (2002).

De acordo com Palmeira, Ramos e Mussi (2020), atividades educativas da Enfermagem, em termos de educação em saúde, são práticas fundamentais no tratamento de

mulheres que experimentam adoecimento crônico. Os efeitos proporcionados pela educação em saúde, em uma perspectiva dialógica, envolvem um aumento do que as autoras conceituaram como consciência do cuidado de si, um reconhecimento de si, uma melhora do conhecimento para o controle do quadro sintomático e potencialização do “autocuidado”. As práticas e os discursos sobre a fibromialgia no campo da Enfermagem podem se traduzir em formas legítimas de cuidado em saúde.

A utilização de estratégias educativas no campo da Enfermagem, de forma presencial e/ou à distância (telefone), na concepção de Ali *et al.* (2018), promove efeitos interessantes e significativos no controle da dor crônica e do quadro sintomático de pacientes com fibromialgia. Para Antunes *et al.* (2018), práticas sistematizadas e implementadas por enfermeiros, por meio de instrumentos de detecção, intervenção e avaliação da dor, além do apoio clínico, justificam-se por conta da melhora da qualidade de vida dos pacientes, controle do quadro álgico e resolução de queixas.

Foi mais no início do tratamento, lá na adaptação, era mais uma explicação das coisas, muito mais focado na fibromialgia mesmo, na questão das dores. Ajuda a entender que quando a pessoa fala a primeira vez que você vai ter uma coisa pelo resto da sua vida...então quando vai falando você passa a entender que terá que dar uma atenção para essa doença e seguir junto, pois ela vai estar sempre ali, então ajuda a entender isso (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Para Araújo, Terra e Berardinelli (2019), a relação entre a Enfermagem, a fibromialgia e a dor crônica deve se basear nas mais complexas dimensões que perpassam o adoecimento humano e também os determinantes dos comportamentos dos sujeitos, tendo em vista tal experiência do adoecer. A reflexão proposta pelas autoras reside sobre os hábitos necessários para o gerenciamento das dores crônicas no dia a dia e a aquisição de conhecimentos teórico-práticos importantes para o cuidado em saúde, entretanto a partir da relação dos sujeitos com os fatores sociais, culturais e econômicos que perpassam as escolhas e situações de saúde. Ou seja, o paciente com fibromialgia apreende conhecimentos e adquire hábitos mais saudáveis, no gerenciamento das dores e sintomas, sempre inserido nos aspectos socioculturais da experiência vivenciada.

Na realidade, trata-se da intenção de inserir o cuidado em saúde em uma espécie de agenciamento que se traduz em usos sociais mais saudáveis perante o próprio corpo, afastando-se do utilitarismo, onde o corpo é compreendido e abarcado apenas por atos individualistas e racionais. Sob a ótica de Boltanski (2004), técnicas e gestos, no campo da saúde, podem traduzir-se em usos sociais de corpos mais saudáveis e também próximos das realidades dos sujeitos. No grupo de Enfermagem do TIF, uma das apostas era a construção de novas possibilidades corporais, no encontro dos profissionais com os pacientes, sendo o “Grupo Interdisciplinar”, mencionado por uma das profissionais, um bom exemplo.

O “Grupo Interdisciplinar” ocorreu durante a fase de “Adaptação” do TIF, a partir de encontros semanais, no formato de palestras, entre as pacientes do Projeto e os profissionais de saúde (Educação Física, Medicina, Enfermagem, Nutrição e Psicologia). Um momento de troca de saberes e conhecimentos entre os envolvidos na intenção de promover novos cuidados e olhares em relação aos sinais e sintomas da fibromialgia. Se a fase de “Adaptação” funciona como um momento de aprendizado aos ingressantes, o “Grupo Interdisciplinar” representa a possibilidade de planejamento e execução de propostas de educação em saúde que visam “autocuidado”, agenciamento perante a saúde e o corpo e empoderamento.

Aquelas rodas de todas as quintas feiras (Grupo Interdisciplinar, aquelas bem do começo, muito importante, se não fosse aquilo talvez eu tivesse morrido na metade do caminho, porque no meu caso eu tinha condições de fazer uma academia por fora né, se não fosse aquela troca ali no grupo que se estabelece por vínculo (...))
(44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

As relações estabelecidas nos encontros do “Grupo Interdisciplinar” se caracterizam por uma perspectiva horizontal que conta com a participação ativa das pacientes envolvidas. Os temas selecionados para as palestras do grupo, como alimentação, atividade física, medicação e cuidados em saúde, por exemplo, são propostos, pensados e construídos em parceria com todos os envolvidos no processo. Para Silva *et al.* (2020), a educação em saúde é fundamental para as comorbidades caracterizadas por quadros somáticos e algícos, como a fibromialgia, por exemplo. As pacientes experimentam a possibilidade de incorporar novas orientações para a tomada de decisão no campo da saúde, como na prática regular de exercícios e até mesmo na alimentação.

A gente aprende, a gente teve reuniões com a psicóloga, com a nutricionista, com o grupo de enfermagem, com a médica reumato, a baixinha lá do HUPE, aí a gente aprende sobre saúde com eles, aprende a conhecer as limitações....é importante porque esclarece as coisas, né, eles dão oportunidade para gente perguntar e expor opinião, é bom para tirar dúvida...se fosse uma coisa só para ouvir não seria bom, mas como você tem oportunidade de falar! Ai é muito interessante! a nutrição a gente aprende muita coisa, mas é muito difícil, é bem difícil mudar (...) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

Sim, com certeza, passam por aí, passam...os exercícios são muito importantes, mas acho que sem esse apoio é....eu diria assim.... sem esse combo, se não fosse esse combo, exercícios físico e apoio em grupo, talvez eu tivesse morrido no meio do caminho (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Na concepção de Miranda *et al.* (2016), propostas de “Grupo Interdisciplinar”, que reúnem profissionais da Educação Física, Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Medicina, repercutem no processo saúde-doença da fibromialgia e no “autocuidado” de pacientes. As autoras adicionam a construção e ampliação do conhecimento sobre o adoecimento promovido pela síndrome enquanto objetivo das propostas terapêuticas grupais, bem como a construção de redes solidárias de cuidado em saúde. Os obstáculos inseridos pela experiência dolorosa do adoecimento transformam-se em ambientes de escuta e reflexão, em termos de autogerenciamento do corpo e da saúde.

Oliveira *et al.* (2019b), por sua vez, apostam nas práticas grupais, nos conformes de “Grupo Interdisciplinar”, sobre as dimensões físicas, sociais e psicológicas de pacientes com fibromialgia. Segundo os autores, estas dimensões inserem-se na experiência cotidiana do adoecimento humano, sendo o convívio com a dor crônica um dos pontos de destaque da fibromialgia. Conforme apresentado nos capítulos primeiro e segundo, a dor crônica da fibromialgia é multifatorial, não apenas física, mas também simbólica, um sintoma sentido e percebido. Na percepção das pacientes, as atividades grupais traduzem-se em acolhimento,

solidariedade, apoio, cuidado, escuta e proteção social. Um espaço seguro para contar vivências, construir a experiência da fibromialgia perante o cotidiano e desenvolver práticas de “autocuidado”.

Entende-se as atividades grupais como encontros de suporte e atenção à fibromialgia, com contribuição significativa à saúde física e mental das pacientes envolvidas (FREITAS *et al.*, 2017). Sintomas característicos da síndrome, como ansiedade e depressão, respondem positivamente às situações de apoio social propostas por profissionais de saúde envolvidos com a interdisciplinaridade. Nas falas em destaque, encontra-se os discursos das profissionais de saúde da Psicologia do TIF, principalmente no contexto da saúde mental, psicoeducação e sinais e sintomas da fibromialgia:

Acompanho as reuniões para ingresso no projeto, aplico questionários e participo das entrevistas iniciais dos pacientes e participo nos três meses de psicoeducação e encontros interdisciplinares. Também coordeno um grupo semanal de psicoterapia na Policlínica Piquet Carneiro para pacientes mais graves que já fizeram parte do projeto ou que ainda não conseguiram ingressar devido à gravidade do quadro depressivo e/ou ansioso (35 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Trabalhei por três meses conduzindo a primeira etapa do programa com a psicoeducação dos pacientes, seja fazendo parte da equipe multidisciplinar, seja mediando temas relativos aos aspectos psicossociais presentes na doença (43 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Psicologia clínica com ênfase nos processos de intervenção coletiva (Terapia de grupo). O trabalho é desenvolvido na perspectiva de valorização do conceito de integralidade em saúde, autocuidado, humanização, compromisso ético e educação em saúde, visando explorar a complexidade dos sujeitos em lidar com os processos de subjetivação que permeiam os limites do universo da saúde e doença (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

De acordo com Cavaliere *et al.* (2019), o serviço de Psicologia prestado pelo TIF funciona a partir de terapia psicológica em grupo (psicoeducação), principalmente na fase de “Transição”, e consultas individuais com os pacientes. Assim como as profissionais da Enfermagem, a Psicologia também participa do “Grupo Interdisciplinar”, sugerindo/mediando temas, desenvolvendo educação em saúde e atuando nos aspectos biopsicossociais da síndrome. Importante mencionar mais uma vez, a partir de uma das Psicólogas, (35 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro), a relação de parceria entre o TIF e a Policlínica, em termos de psicoterapia, principalmente nos casos mais graves de depressão.

Oliveira *et al.* (2019b) pontuam que, em geral, pacientes com fibromialgia possuem um perfil psicológico conturbado que pode se traduzir em sobrecargas e estresse no dia a dia. Trata-se de pacientes perfeccionistas, depressivas e também com transtornos de ansiedade, como o transtorno obsessivo-compulsivo, por exemplo. De acordo com Melo, Madruga e Torro (2020), dentre as comorbidades da fibromialgia, as psiquiátricas, como ansiedade, depressão e transtorno bipolar, são as mais estudadas nos últimos 10 anos. Tais sinais e sintomas causam inquietações aos pesquisadores, muito por conta das relações com a dor crônica e do impacto sobre a saúde dos pacientes.

Na concepção de Bartkowska, Samborski e Mojs (2018), a psicoterapia deve fazer do programa interdisciplinar para o tratamento da fibromialgia, por conta da presença intensa de sintomas depressivos que apresentam significativa correlação com os outros sinais e sintomas da síndrome. Além da depressão, os autores também inserem a ansiedade como um sintoma constante na personalidade de pacientes com fibromialgia, justificando ainda mais a presença da Psicologia no tratamento. O estudo do processo saúde-doença da síndrome requer uma atenção psicossocial, tanto nas condições associadas quanto no tratamento propriamente dito (MELO, MADRUGA, TORO, 2020).

Algumas das pacientes entrevistadas fizeram questão de destacar a influência do quadro emocional na fibromialgia, principalmente a partir da depressão e ansiedade. Para Pernambuco *et al.* (2017), quadro depressivos e de ansiedade acompanham com frequência o cotidiano de pacientes com fibromialgia, interferindo significativamente na saúde dos mesmos. Conforme Le Breton (2013) sugere, a partir de uma reflexão antropológica, casos de dor crônica andam de mãos dadas com a saúde mental, sendo tais sintomas indissociáveis.

Quem me mandou para cá foi o fisioterapeuta porque foi ele que me entregou o papel para eu entrar em contato.... eu não vim muito pela dor física não. EU VIM MAIS PELO EMOCIONAL (a paciente falou chorando) (...) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

A depressão, esse recolhimento meu, antes eu sai, dançava, saia com as colegas, me divertia. De uns 5 anos para cá eu me fechei, muito difícil eu sair. Às vezes meus filhos forçam, pedem para eu ir, porque é pertinho, não é longe, ai eu levanto forçada para ir (sic) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Sim, e eu acho, acho não, tenho certeza! Essas dores que a gente sente no fundo no fundo tem ligação com o emocional, então eu procuro muitas terapias alternativas, porque acho que ajuda para não ter ansiedade e depressão (...) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Perante tais relatos, Oliveira *et al.* (2019b), em harmonia com a fala das profissionais de Psicologia do TIF, sugerem a psicoeducação, enquanto educação em saúde da Psicologia, no tratamento da fibromialgia. As fases de “Transição” e “Convivência” do TIF possuem terapêuticas em grupo da Psicologia, em suas estruturas, enquanto a “Adaptação”, a partir do “Grupo Interdisciplinar” também possibilita psicoeducação grupal. Ou seja, durante os nove meses de tratamento as pacientes com fibromialgia do TIF experimentam atividades grupais de educação em saúde, bem como consultas individuais. Intervenções psicológicas são altamente eficazes, de acordo com Jandaghi, Firoozi e Zia-Tohidi (2020), na redução e controle de quadros depressivos e ansiosos de pacientes com dor crônica.

No entendimento de Bruce *et al.* (2020), o tratamento da fibromialgia requer programas interdisciplinares capazes de orientar de forma eficaz cuidados de rotinas aos pacientes, na relação com os sinais e sintomas da síndrome e também com a saúde de uma forma geral. O sofrimento psicológico dos pacientes pode ser controlado e reduzido a partir de práticas de cuidado e educação em saúde, que visam as experiências cotidianas dos sujeitos e as formas de se relacionar com o adoecimento. Williams *et al.* (2020) seguem o mesmo percurso de Bruce e colaboradores, pois também enfatizam o papel do tratamento psicológico,

em termos de psicoeducação, no controle dos quadros álgicos e desenvolvimento da capacidade dos pacientes.

De acordo com Pearson *et al.* (2020), as atuais diretrizes para o tratamento da fibromialgia recomendam intervenções farmacológicas e não farmacológicas de cunho inter ou multidisciplinar. Entretanto, os autores alertam para a importância de programas que incorporem perspectivas de autogerenciamento da síndrome, ou seja, intervenções de educação em saúde grupais essenciais aos pacientes. Faz-se necessário frisar que uma das Psicólogas (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro) relatou algo parecido em uma das falas destacadas acima, quando pontua que a Psicologia, a partir de terapia de grupo, visa desenvolver uma educação em saúde que se traduz em complexas formas de lidar com o processo de adoecimento.

As práticas psicoeducativas ajudam a reduzir e controlar a dor crônica, os transtornos de ansiedade e a tristeza, quando inserem os pacientes ou acometidos em propostas dialógicas que levam em consideração a história de vida dos sujeitos (ARROYO-JIMENÉZ *et al.*, 2018). Oliveira e Dias (2018) sugerem pensar a psicoeducação a partir de três questionamentos fundamentais “O que, como e para quem”, pois desta forma contribui-se com eficiência para maior conhecimento sobre determinado acometimento, adesão ao tratamento, qualidade de vida e menor intensidade de sinais e sintomas. No caso do TIF, a psicoeducação é uma proposta de educação em saúde que visa instrumentalizar as pacientes com saberes diversificados no convívio com a fibromialgia, a partir de palestras, rodas de conversa e consultas.

As pacientes entrevistadas enfatizam o papel da Psicologia do TIF, seja em assuntos e problemáticas mais pessoais ou em questões voltadas principalmente para a fibromialgia e dor crônica:

Tive uma consulta individual e os outros contatos foram em grupo, eram assuntos bem pessoais mesmo, alguns questionamentos pessoais, mas tinha assunto sobre dor, mas as palestras em grupo foram maravilhosas, muito boas, foi no grupo passado (transição), mas nessa fase só teve na primeira quinta do mês com uma outra psicóloga... achava muito bom, principalmente com a Psicóloga, é uma pena que nesse grupo de Convivência não vai ter, ela me deu assim sabe....NOOSSA, muita orientação, uma que eu não esqueço é

que eu não sabia dizer NÃO, vocês tem que pensar em si! Gente, foi muito bom, sabe quando você capta as coisas e diz: É isso aí que eu vou pegar! (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Só acrescenta! Porque conhecimento é tudo, tanto nas coisas boas quanto nas ruins, até uma vez conversando com uma amiga minha sobre os alimentos ela até falou o seguinte para mim: é melhor ser ignorante, porque se a gente for pensar em tudo o que a gente come, a gente vai ver e pensar a quantidade de porcaria que a gente come, a gente come muita porcaria, e com relação também aos sentimentos, se focar somente no negativo a gente vai sentir dor pelo resto da vida, então as palestras foram muito boas para isso, porque eles ensinam para gente vários conhecimentos que servem para gente compreender a dor e driblar os problemas que ela acarreta... e também a driblar esses sentimentos ruins que fazem parte da fibromialgia (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Além da Psicologia, Educação Física e Enfermagem, a Nutrição também participa das propostas de educação em saúde e atendimento às pacientes do TIF, conforme relatado por uma das pacientes entrevistadas. As pacientes experimentam as propostas da Nutrição nas fases de Adaptação, Transição e Convivência do Projeto, inicialmente pelo “Grupo Interdisciplinar” e posteriormente por orientações quinzenais (individual e em grupo). De acordo com a Nutricionista do TIF, “*Realizamos atendimento nutricional individual e oficinas dialógicas de conscientização alimentar com grupo*” (42 anos, Nutricionista, Rio de Janeiro).

Para Magalhães e Amparo-Santos (2020), a relação que se estabelece entre usuários de saúde e profissionais, no campo da alimentação e nutrição, deve se amparar na produção do cuidado em saúde, com a intenção de produzir e ampliar posicionamentos mais ativos e conscientes por parte dos atores sociais. Os autores entendem o processo de produção de cuidado de forma dinâmica, interligada e paradoxal, pois a relação que se estabelece entre os múltiplos atores envolve tensões. Ao mesmo tempo que insere-se na perspectiva de construir novas possibilidades nutricionais e de alimentação, o processo não

se distancia da realidade dos sujeitos, sendo assim heterogêneo e descontínuo. Uma das pacientes do TIF ressaltou exatamente isso durante a entrevista aberta:

A nutrição a gente aprende muita coisa, mas é muito difícil, é bem difícil mudar, eu tive contanto individual e em grupo com a Nutricionista, ela passou orientações sobre alimentação, mas é difícil, eu já tenho muita idade, sempre comi assim e teu paladar aceita o que você come (...) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

Já, o contato foi ótimo, só aquelas coisas que ela pede, esse negócio de anota isso e anota aquilo, eu confesso que tenho muita dificuldade, eu esqueço de anotar, quando eu vi eu já comi, já bebi água, eu to tentando, mas confesso que tenho muita dificuldade, não vou mentir não (...) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Cruz (2020) também compartilha de tal entendimento, pois pensa o agir em Nutrição perante as percepções dos usuários de saúde, com um compromisso com a realidade social e próximo de um entendimento sociocultural de saúde. As ações dos profissionais devem seguir alguns pressupostos a fim de construir práticas de educação alimentar e nutricional: construir a prática de forma compartilhada e participativa com os usuários de saúde; entender que existem conflitos e paradoxos no ato de se alimentar; e estabelecer orientações dialógicas, posicionando a alimentação e a nutrição de maneira harmônica com a qualidade de vida e o bem viver.

A Nutrição do TIF articula-se com outros saberes terapêuticos e de saúde, conforme abordado anteriormente, seguindo as orientações de Marques *et al.* (2020). A perspectiva interdisciplinar favorece o fortalecimento e a criação de espaços coletivos de trocas, entre profissionais e usuários de saúde, a produção de cuidado em saúde e o empoderamento/gerenciamento/autocuidado dos sujeitos no campo nutricional. As temáticas em grupo no campo da Nutrição evidenciam as demandas dos sujeitos quando promovem cuidado em saúde e educação permanente (CARVALHO-GEHRAN, VINCHA, CERVATO-MASCUSO, 2018).

Sim, alimentação, por exemplo, como ajuda no tratamento, os exercícios são essenciais e saber lidar com as coisas do dia a dia que é o primordial, como a própria Psicóloga falou, a gente só pode absorver as coisas de acordo com o que a nossa capacidade permite, isso foi um grande aprendizado, tudo isso contribui, por isso que eu digo, aquelas palestras com a Psicóloga e com a Nutricionistas são muito importantes para isso, eu até queria ver com a professora de Educação Física se nessa etapa a gente terá também. Nessas palestras eu consigo aprender as coisas (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

De acordo com Tomaino *et al.* (2020), a partir de um estudo de revisão sobre fibromialgia e nutrição, as pesquisas científicas atuais sugerem uma abordagem multidisciplinar/interdisciplinar no tratamento, com técnicas farmacológicas e não farmacológicas, que inclua a Nutrição enquanto importante estratégia terapêutica. Ainda que as evidências não apontem uma eficácia única a partir de determinados protocolos nutricionais específicos, os artigos estudados pelos autores sugerem um papel potencial de nutrientes, micronutrientes e componente alimentares no controle de sinais e sintomas da fibromialgia. Lowry *et al.* (2020) não se distanciam de Tomaino e colaboradores, pois também entendem que não há evidências suficientes que recomendem determinada intervenção nutricional específica, apesar de pontuarem o papel importante da Nutrição da modificação de estilos de vida, hábitos comportamentos e dietas.

O possível papel benéfico das propostas nutricionais no tratamento da fibromialgia deve ser pensando dentro de duas perspectivas complementares, como a interdisciplinaridade e o manejo das incapacidades provocadas pelo adoecimento, pois as intervenções dietéticas nutricionais apresentam maior eficácia quando inseridas em abordagens que reúnem saberes diversificados, farmacológicos e não farmacológicos, que objetivam a relação dos pacientes com o quadro sintomático (PAGLIAI *et al.*, 2020). A abordagem nutricional se apresenta no manejo da fibromialgia enquanto perda de massa corporal total, melhora de componentes biopsicossociais da síndrome (saúde mental e aspectos socializadores) e redução/controle do quadro álgico e sintomático.

Emilio (2020) desloca o debate sobre a perspectiva nutricional para a discussão das relações entre alimentação, saúde e cultura, na intenção de questionar se os sujeitos

realmente conhecem os alimentos que fazem parte do dia a dia. A escolha dos alimentos, a quantidade que se come, as técnicas culinárias de preparo e até mesmo a leitura dos rótulos inserem-se em conceitos de Nutrição e alimentação, que devem ser discutidos e debatidos em termos de educação básica de saúde. As escolhas dos sujeitos devem ser tratadas e construídas em termos sociais, laborais, de renda e culturais, sendo as propostas educativas e pedagógicas caminhos interessantes para uma melhor autonomia e qualidade de vida relacionada à saúde.

Eu comentava com ela, porque ela perguntou qual era o meu tipo de alimentação, mas eu achava estranho, porque na minha cabeça é estranho estar comendo os alimentos que eu como, os eu que acho saudáveis, mas estar assim dessa maneira, então eu perguntei a ela porque acontecia isso, porque eu não conseguia emagrecer, mas eu acho que na verdade eu não conseguia combinar os alimentos, eu atribuía a isso, eu como legumes, frutas, folhas, diariamente, evito gordura, mas quando faço exames meu colesterol está alto, meu fígado está com esteatose, aí eu fico chateada quando vejo esses resultados, não é uma coisa constante, mas aconteceu, aí comentei sobre isso com ela., porque é uma dor para a vida, uma dor que não para né (sic) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Sim, foi com a nutricionista, foi bom porque a gente não sabe comer, então a gente aprende a comer com algumas coisas que ela falou de condimento, de sal, de óleo... e isso eu estou levando para a minha casa, ou seja, isso está sendo aproveitado pelo meu filho, pelo meu marido, pela minha mãe, e realmente...me ensinou a ler os rótulos, então eu gasto mais tempo no mercado e não compro no impulso, será que esse alimento vale a pena? Será que esse alimento é realmente o que eu necessito? (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

A própria relação com o supermercado é complicada, de acordo com Emílio (2020), na linha de argumentação da paciente entrevistada. O autor sugere mais uma vez as propostas educacionais em alimentação a fim de romper determinadas barreiras no campo

do saber, principalmente quando os sujeitos se encontram diante de ofertas e promoções que podem prejudicar todo um planejamento alimentar. As propostas dialógicas e educativas, em termos de consultas individuais e encontros grupais, que não se distanciam da história de vida dos sujeitos, bem como das realidades socioculturais, conforme sustenta Arroyo-Jiménez *et al.* (2018), inserem os sujeitos em comportamentos e hábitos mais saudáveis.

Conforme registrado nas falas em destaque durante o presente capítulo, o contato entre os profissionais de saúde do TIF e as pacientes com fibromialgia, nas mais diversas áreas de atuação profissional que o Projeto oferece, ocorre mediante relações de cuidado, não verticalizadas, a partir de encontros individuais e grupais, a fim de construir novos hábitos, comportamentos e cuidados com o corpo, no tratamento e atenção à fibromialgia. O paciente experimenta durante nove meses, à luz de Pagliai *et al.* (2020), novas formas de manejo perante o acometimento.

A questão do cuidado ao paciente com fibromialgia é central, pois como bem pontuam Doebl, MacFarlane e Hollick (2020): “ninguém quer cuidar do paciente com fibromialgia”. Na concepção dos autores, o avanço científico na compreensão e tratamento da fibromialgia não se traduz em cuidados de saúde mais regulares nas jornadas dos pacientes pelos sistemas de saúde. Além de encontrarem problemas similares aos pacientes acometidos por outras enfermidades, na trajetória pelos sistemas de saúde pacientes com fibromialgia também relatam situações únicas, pois não encontram legitimação do sofrimento proporcionado pela síndrome e da condição real do estado de saúde. As demandas não atendidas inserem-se no campo dos cuidados de saúde, principalmente quando os pacientes não são ouvidos.

As sugestões e orientações sobre o tratamento da fibromialgia caminham para o entendimento que os avanços científicos e tecnológicos precisam ser acompanhados por práticas de cuidado, onde o potencial da escuta, acolhida e atenção recebem destaque. Um conjunto de pacientes que experimenta relações conturbadas e problemáticas ainda nos momentos diagnósticos (BELARDO, CAMARGO JUNIOT, 2018; DOEBL, MACFARLANE, HOLLICK, 2020) respalda este raciocínio: faz-se necessário escutar mais e cuidar mais ainda, em harmonia com o que se tem de tecnologia médica no momento.

Na linha de argumentação de Oliveira *et al.* (2017a), Mattos (2015) e Berardinelli, Brito e Miranda (2019), Doebl, MacFarlane e Hollick (2020) sugerem as relações de

cuidado, no campo da escuta, tomada de decisões, empoderamento, acolhimento, como caminhos para os pacientes sentirem-se apoiados e realizados, onde a resolutividade das demandas em saúde fixa-se como uma realidade:

O Tratamento é uma reabilitação, que requer um terapeuta que solicite uma postura ativa e comprometida com a sua recuperação. Dessa forma, também é necessário que seja construída uma aliança terapêutica de parceria e empatia, acolhendo as limitações e dificuldades e observando as potencialidades de quem procura ajuda (43 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Faz toda diferença. A relação de cuidado deve ser pautada na confiança, na troca de conhecimento, de respeito mútuo, de humanidade, de solidariedade, de escuta sensível ativa e empatia (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

A presente categoria “Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: práticas de cuidado e acolhimento”, a partir das unidades de registro “estruturação do TIF, em termos de territorialização, descentralização e atenção à saúde” e “práticas e ações de cuidado em saúde e acolhimento na interdisciplinaridade” estabeleceu os fundamentos e pressupostos necessários, principalmente no que diz respeito ao papel do TIF na relações de cuidado em saúde entre pacientes e profissionais, ao ciclo da tripla obrigação de dar, receber e retribuir que será trabalhado e desenvolvido na próxima categoria.

Antes de trabalhar os conceitos sociológicos e antropológicos propostos por Marcel Mauss e Alain Caillé no campo da saúde e do tratamento da fibromialgia, foi necessário situar o TIF enquanto espaço descentralizado e de territorialização no campo de atenção e cuidado em saúde aos pacientes com fibromialgia. Os pressupostos das Ciências Sociais e Humanas apresentados no capítulo segundo funcionarão como referenciais teóricos necessários à estruturação e desenvolvimento da próxima categoria, bem como da terceira.

4.2 Constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde

Foi a maneira de tratar! Muita atenção, a questão do cuidado, inclusive eu estava deprimida na época... ai na hora eu comecei a chorar, e eu não sou de ficar contando esse tipo de detalhes... ai a professora de Educação Física disse que não tinha problema, procurou me deixar muito à vontade para falar, ela me explicou que por aqui tinha psicóloga, que se eu quisesse eu poderia passar por ela, uma forma de receber a gente que em geral não estamos acostumadas, eu não tinha visto isso antes, NINGUÉM QUER OUVIR, ainda mais quando é problema, ainda mais quando é velho (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Um dos grandes questionamentos em torno das contribuições de Mauss (2017b) diz respeito aos limites e utilizações da teoria da dádiva na contemporaneidade, apesar do antropólogo ter sugerido a presença da mesma nos tempos atuais. Os mais diversos estudos da Sociologia, Antropologia e também da área da saúde asseguram a presença da tripla obrigação de dar, receber e retribuir nos dias de hoje: Alain Caillé (1998, 2002, 2013, 2014 e *et al.*, 2017), Godbout (1999), Martins (2011, 2017), Mello e Moreira (2016), Ruiz, Santos e Gerhardt (2016). Em outras palavras, a dádiva e, por conseguinte, seu circuito de reciprocidade não se limita às sociedades ditas tradicionais, está presente, por exemplo, nos serviços de saúde.

No caso do presente estudo, trata-se da necessidade pensar o cuidado enquanto dádiva simbólica como pressuposto de vínculo e reciprocidade no tratamento de pacientes com fibromialgia. Pinheiro e Martins (2011), por sua vez, inserem-se na temática das relações mediadas entre profissionais de saúde e usuários por meio do referencial teórico-conceitual da dádiva, a partir da antropologia de Marcel Mauss. De acordo com os autores, apesar dos benefícios proporcionados pela descentralização e das ações locais desenvolvidas por profissionais de saúde, em inúmeras oportunidades o que se enxerga são as mesmas relações estereotipadas, verticalizadas e hospitalares entre profissionais e usuários de saúde. A dádiva do cuidado passa a ser interpretada como uma relação de mediação que rompe com isso, principalmente por conta da tripla obrigação de dar, receber e retribuir que também sugere efeitos positivos nas ações em saúde.

Os dois estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2017; PINHEIRO, MARTINS, 2011) servem como pontapé para a discussão dos dados dentro da categoria selecionada, pois aproximam-se do que se pretende alcançar com a presente Tese. De acordo com as entrevistas abertas realizadas com as pacientes diagnosticadas com fibromialgia, com o questionário aplicado aos profissionais de saúde e com a observação participante, o TIF realiza e promove suas ações de saúde por meio de relações que envolvem o ato de dar, receber e retribuir dádivas simbólicas no campo do cuidado, estabelecendo, por conseguinte, o que se entende por círculo/circuito hermenêutico, quando as práticas de dar e receber se expandem e confundem-se entre os envolvidos nas trocas.

4.2.1 A dádiva enquanto deslocamento ao próximo

Desde o contato inicial por telefone ou presencialmente para inscrição no projeto, oferecer escuta atenta e respeitosa, esclarecer dúvidas e orientar aproxima a pessoa do tratamento, penso que desde esse momento a seriedade do serviço já é percebida. Os laços de confiança, pertencimento, segurança, respeito, que se tecem na entrevista de ingresso também favorecem o ingresso, a adesão e manutenção no tratamento. Esses laços se consolidam em um ambiente de harmonia onde o convívio alegre e descontraído, incentiva a participação com prazer (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

Uma das pacientes entrevistadas, nomeada por entrevistada 1, comentou em um determinado momento sobre os seus primeiros contatos com o Projeto. É interessante mencionar que o processo iniciou-se ainda nas conversas telefônicas entre a entrevistada 1 e a professora de Educação Física responsável. Ou seja, na concepção da paciente com fibromialgia o processo de recepção de dádivas simbólicas foi anterior ao ingresso:

A primeira coisa que eu recebi quando pisei aqui no Programa foi o carinho, na verdade isso já acontecia antes mesmo de eu entrar por

parte da professora responsável, até antes da minha entrada, ela ligou para mim VÁRIAS VEZES. EU FALAVA PARA MINHA FILHA! NÃO É POSSIVEL, tem um lugar que a pessoa te liga, que sabe SEU NOME eu falava para minha filha, EU PRECISO CONHECER ELA, ai ela marcou tudo direitinho (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

A pergunta inicial que se levanta a partir dessa primeira fala em destaque é: o que uma simples conversa por telefone tem a ver com a doação e recepção de dádivas simbólicas? É a partir do estudo de Moreira (2010) que o questionamento poder ser respondido. O autor estudou as dimensões do associativismo voluntário no cenário das relações entre saúde, pobreza e doença no contexto da dádiva simbólica. Moreira entende que no campo da saúde as intervenções devem tentar reduzir as distâncias entre os profissionais habilitados e os sujeitos adoecidos que precisam ser atendidos. Conhecer a situação social da família dos pacientes, acompanhar a evolução do quadro clínico e até mesmo saber o nome da pessoa atendida, são possibilidades de ingressar no circuito das dádivas simbólicas que possui a reciprocidade como oportunidade de gerar vínculos sociais.

No momento que a entrevistada 1 menciona que houve uma insistência por parte do Projeto no seu ingresso, que além disso lembraram do seu nome, a paciente sente-se no dever de pelo menos conhecer as ações do Projeto e os profissionais responsáveis. Todo esse contexto insere-se nas discussões que Mauss e Caillé levantaram sobre o interesse desinteressado e a obrigação pela liberdade a partir da doação/recepção de uma dádiva. Houve por parte do Projeto uma iniciativa pela dádiva no campo do interesse, porque não se doa algo a qualquer pessoa, e também do desinteresse, pois é na liberdade que ocorre a possibilidade de construir vínculos; ao passo que a entrevistada também inseriu-se no presente raciocínio, pois a recepção desse cuidado em saúde (chamada de carinho na entrevista) foi capaz de promover uma retribuição ao mesmo tempo obrigatória e livre. É livre porque a paciente teve a oportunidade de negá-la, ao mesmo tempo que é obrigatória porque sentiu-se no dever de retribuir, sentiu-se endividada, e dar continuidade no ciclo da dádiva.

Entretanto, um outro ponto merece destaque, principalmente nos debates sobre o processo de doação de uma dádiva. Desde Mauss (2017b), ainda no contexto das sociedades tradicionais, até Caillé (2002) e Godbout (1999), já nas sociedades modernas e contemporâneas, a doação de uma dádiva não envolve a garantia, por parte do donatário, que a mesma será recepcionada e retribuída (contradávica) pelo sujeito (destinatário) ou clã.

Adentrar ao circuito envolve apostar no próximo sem esperar algo em troca, seja no campo da política ou até mesmo da saúde. A partir da fala em destaque da entrevistada 1, entendeu-se que a mesma ficou surpresa com a forma que o TIF estabeleceu o processo de contato com ela. Dentro desse contexto, um outro questionamento foi realizado, sobre se em algum momento a paciente desconfiou das intenções do TIF, principalmente por conta da forma que ela foi tratada:

Eu não acreditava assim, pelas ligações e também pelo carinho, como é um tratamento...porque se eu não for no médico ele não está nem ai para mim, dane-se! Não veio é porque não está precisando. Ela não, ela ficou e continuou naquela insistência, ela ligou para mim depois que minha filha entrou em contato, eu ligava para ela e ela mesmo de férias estava anotando tudo, tudo tudo tudo, ai ela disse que no dia que fosse voltar me ligaria, então foi assim que entrei aqui, com aquela força que ela me deu (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Apesar da paciente não ter desconfiado de maneira propriamente dita das intenções do TIF, as experiências prévias e negativas em outros serviços de saúde fizeram com que a mesma não acredita-se no que estava vivenciado naquele momento. A contraditória ocorreu, no decorrer do texto será possível compreender até mesmo o ciclo hermenêutico (quando as relações de dar e retribuir se tornam constantes e fica difícil estabelecer quem é donatário e destinatário), a paciente ingressou no TIF e participou do tratamento, entretanto é possível admitir que em algumas oportunidades a retribuição de uma dádiva pode não ocorrer por alguns motivos no caso da fibromialgia.

De acordo com Caillé (2014), que realizou algumas reflexões sobre as relações entre a dádiva e o cuidado em saúde, na tentativa de solucionar alguns problemas pelos quais os profissionais de saúde enfrentam, existem situações que não há reciprocidade entre doador e donatário, como em casos de doença, impotência e até mesmo depressão. Em algumas situações o estágio de vulnerabilidade de um paciente é tão alarmante que pode não envolver a retribuição de uma dádiva simbólica.

No caso da fibromialgia, a vulnerabilidade pode ser interpretada a partir do quadro sintomático da síndrome e das relações constrangedoras nos âmbitos laborais, domiciliares e

terapêuticos que as pacientes experimentam (MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a; SOUZA, LAURENTI, 2017; BELARDO, CAMARGO JUNIOR, 2018; PEREIRA, MAGRI, 2019). A ausência de retorno/contraditiva por parte da paciente ou até mesmo a instalação de uma dúvida no momento de recepção, remetem a ideia de que a dádiva do cuidado é um processo complexo que sempre envolve as histórias de vida dos envolvidos. Porém, as conclusões de Caillé (2014) sustentam que nos estados de vulnerabilidade os pacientes demandam dos profissionais de saúde ações de preocupação com o próximo, deslocamento ao outro.

A falta de credibilidade em suas queixas inicialmente, pelos familiares, por alguns profissionais da saúde e colegas/chefias de trabalho. As limitações físicas que, em alguns momentos a patologia impõe, levando ao afastamento temporário ou até mesmo definitivo (dependendo da função), das atividades laborativas. Perda da autonomia no desempenho das atividades de vida diária, contribuindo para a baixa autoestima e depressão. Por isso, a necessidade de afeto, empatia, respeito e escuta são extremamente relevantes (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Outra paciente não se distanciou da entrevistada 1, na linha argumentativa, ao ressaltar o papel do cuidado em saúde no recebimento e na forma de lidar com pacientes com fibromialgia. Ela identificou o recebimento do cuidado, desde o momento inicial do Projeto, nas relações estabelecidas com os profissionais e estagiários:

Eu reparei isso desde o começo, esse cuidado, esse amparo de todos os profissionais, essa empatia, inclusive dos estagiários, né, porque os estagiários são cautelosos, pois eu pontuo que os estagiários não tem vivência, são muito novinhos, mas eles têm um cuidado e então conseguem desenvolver isso, então além do projeto ser muito bom para gente acho que eles estão sendo orientados muito bem como futuros profissionais (sic). (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Na concepção de Mello e Moreira (2016), a dádiva no campo da saúde sugere a circulação de trocas simbólicas, onde os dons (cuidado e atenção) fornecidos pelos profissionais atuam no processo interativo com os usuários. No caso do presente estudo trata-se do cuidado em saúde, ao passo que os autores citados entendem esse bem de cuidado como possibilidade de interação social ou até mesmo de cura. Pinheiro e Martins (2011) adicionam a necessidade de se compreender que o campo da saúde requer um engajamento dos profissionais habilitados em estabelecer o processo de cuidado efetivamente com outro. De acordo com as sugestões de Mauss (2017b), Caillé *et al.* (2017) e Martins (2017), a iniciativa pela dádiva inclui um descolamento perante o outro, o próximo.

Eu cheguei e ela me recebeu maravilhosamente bem, com aquele carinho dela que ela tem com todo mundo, e depois a Psicóloga que foi outra que me tirou lá do buracão, veio assim e me jogou lá para cima, porque eu fiz uma primeira, uma segunda ainda quando foi na terceira....olha, ela me abraçava tanto, ela disse que nem acreditava por conta da primeira vez que falou comigo, EU NÃO ACREDITO! Aquele carinho enorme, sempre que acontece alguma coisa eu lembro daquele carinho dela e das palavras tb. Eu vou buscar lá no que a Psicóloga disse para mim, então a partir disso eu aprendi muita coisa, não deixo mais ninguém crescer para cima de mim, pq eu não tenho renda, não tenho emprego e nem trabalho, então tem gente que quer te pisar, mas através dela eu aprendi a não deixar que isso acontecesse (sic) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE)

Sim, sim, quando eu entrei aqui eu achei as pessoas muito acolhedoras, muito mesmo! TODOS, TODOS, TODOS, TODOS! Entre os estagiários mesmo, os meninos, eu achei os meninos muito alegres mesmo, carinhosos, as meninas também, a professora também são dedicadas e atenciosas, o pessoa da nutrição, a psicóloga, achei todo mundo muito acolhedor mesmo, acolhedor mesmo, eu gostei de todo mundo (sic) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

As ações desenvolvidas pela intervenção interdisciplinar devem seguir as orientações de Oliveira *et al.*, (2019b), pois as dimensões sociais, físicas e psicológicas de mulheres com fibromialgia perpassam o processo saúde-doença da síndrome. De acordo com o que foi exposto no capítulo primeiro da presente Tese, a interdisciplinaridade é a possibilidade de interpretar o sujeito em sua totalidade, não reduzindo-o aos aspectos biológicos apenas. A partir da fala acima entende-se que o circuito de reciprocidade da dádiva também ocorreu entre a paciente e uma outra profissional de saúde, no caso uma Psicóloga. O cuidado enquanto dádiva foi utilizado mais uma vez como deslocamento ao próximo, na finalidade de estabelecer um laço social (vínculo).

Este deslocamento ao próximo ocorreu com frequência durante as aulas de Educação Física, principalmente durante as práticas corporais de saúde (exercícios aeróbicos propostos pelos professores e estagiários de forma lúdica e interativa). Comumente observou-se uma preocupação tanto da professora e dos estagiários com as pacientes quanto das pacientes entre si mesmas, no momento de execução do exercício físico. Em uma das aulas, na fase de convivência, uma das pacientes preferiu sentar um pouco por conta do cansaço, porém aos poucos as outras pacientes aproximavam-se da amiga para saber se estava tudo bem. Após alguns minutos eu me aproximei dessa paciente para confirmar se o que eu havia observado fazia sentido. Em um determinado momento da conversa a paciente falou:

As meninas e a professora repararam que eu sentei e vieram me perguntar se estava tudo bem... eu disse que sim, que só precisava descansar as pernas porque eu movimenteí muito no final de semana. Essa preocupação com o outro aqui é constante, todo mundo se preocupa e quer o outro bem... no momento das aulas a gente também repara quando a outra não está indo bem. Eu acho fantástico (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

A iniciativa pela dádiva, que inclui esse descolamento ao próximo, sem necessariamente esperar nada em troca, ocorreu também durante as aulas de Educação Física, no momento que as pacientes estão envolvidas nas práticas corporais de saúde. Duas pacientes entrevistadas fizeram questão de destacar o envolvimento dos professores de Educação Física com atenção e cuidado em saúde durante as movimentações corporais das alunas:

Desde o início, junto com a professora de Educação Física e os estagiários, todos os envolvidos tem uma atenção e um cuidado, se eles observam a gente fazendo algo errado eles conversam com a gente e corrigem, aí mostram a forma correta de fazer ou passam outro exercício, mas isso foi desde o início essa questão da atenção com a gente. E com o passar do tempo eles deixam a gente mais à vontade de chegar neles e perguntar ou tirar uma dúvida para a trabalhar essa autonomia na gente mesmo, isso é o que eu sinto (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Existe sim, até mesmo na hora dos exercícios quando uma de nós está fazendo alguma coisa de errado. O professor ou o estagiário sempre ajudam, então está sempre todo mundo de olho, eu sempre observo isso, mas quando dá eu ajudo também (sic) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Por causa da ATENÇÃO, a gente vê que tem atenção, não é chegar em uma academia e o professor entregar a série e você se virar sozinha, aí a relação fica entre você e máquina, eu não gosto de atividade assim, eu gosto de atividade em grupo, então por isso eu acho que aqui é diferente, até então eu tinha bloqueio para musculação, aqui não, aqui eles ajudam então sempre tem alguém no suporte e te ajudando, não é só você e a máquina (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Na concepção de González (2015) e Carvalho (2016), as práticas corporais de saúde devem fazer parte de um contexto que busque ampliar e garantir a integralidade do cuidado, o empoderamento e a autonomia do sujeito. As práticas estão inseridas no desafio de promover opções de vida mais saudáveis, porém a partir de um viés reflexivo que não ignore o esquecimento dos sujeitos, das coletividades e do próprio território e suas singularidades e características sociais e culturais. Em outras palavras, as possibilidades de atuação dos professores de Educação Física incluem a institucionalização do cuidado em saúde por intermédio das práticas corporais.

A atenção, o acolhimento e a competência técnica do profissional conferem um caráter de humanização ao atendimento, fundamental para a qualidade e efetividade das intervenções (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

As práticas corporais do TIF estruturam-se a partir das concepções apontadas pelos autores acima, onde a dádiva em termos de cuidado e acolhimento funciona como dispositivo de reciprocidade e integralidade capaz de criar um ambiente confortável para a execução de exercícios pelas pacientes com fibromialgia. O deslocamento ao próximo durante as práticas corporais ocorreu com frequência, principalmente nos momentos que as pacientes apresentavam dificuldades ou dúvidas na execução de algum movimento corporal. Na realidade, observou-se que o deslocamento ao próximo funcionou como iniciativa de promover a participação de todas as pacientes nas práticas propostas. Por conta disso trata-se de um exercício ou atividade física que compreende o movimento humano repleto de simbolismos, não tendo apenas como objetivos o gasto calórico, o desenvolvimento de habilidades motoras e o controle de fatores de risco.

Cada profissional tem um conjunto de conhecimentos específicos que são necessários para o tratamento de pacientes. Além desse conhecimento, o estabelecimento de uma boa relação pessoal contribui o acolhimento de cada pessoa atendida no TIF, sendo este acolhimento um dos pontos positivos para adesão de pacientes (68 anos, professor de Educação Física e Médico, Rio de Janeiro).

4.2.2 O simbolismo para além da eficácia técnica: a trama relacional

De acordo com o processo de inferência (BARDIN, 2011), onde os discursos são tratados como textos, entende-se a presença do cuidado em saúde como uma forma de dádiva simbólica oferecida pela professora de Educação Física e estagiários na tentativa de estabelecerem vínculos com as pacientes com fibromialgia. Por mais que a prescrição e a

supervisão do exercício físico, além das correções de atividades inadequadas, façam parte das funções do professor de Educação Física, Martins e Pinheiro (2011) promovem contribuições interessantes sobre o espaço preenchido pelo cuidado enquanto dádiva nas normas ou funções técnicas do cotidiano.

Para os autores (MARTINS, PINHEIRO, 2011), mesmo nas intervenções ditas técnicas, entendendo a prescrição do exercício físico supervisionado e seguro como uma delas, percebe-se a presença da doação de dádivas de cuidado quando a trama relacional engloba/insere o usuário de saúde como um copartícipe do projeto, empoderado e capaz de ter autonomia perante o processo saúde-doença. A autonomia do paciente com fibromialgia não deve ser interpretada como um movimento utilitarista, inclusive criticado a partir de Caillé no presente estudo, do sujeito racional capaz de ditar os próprios caminhos da vida, mas sim como um produto nas mediações do cuidado entre professores de Educação Física e paciente.

Na contramão do pensamento de Godbout (1999), que enxergava a impossibilidade do processo da dádiva nas relações entre o Estado e a população, Martins e Pinheiro (2011) reiteram que são as relações hierárquicas verticalizadas que inibem a emancipação e o empoderamento de ações participativas e integralizadas por parte dos usuários na saúde coletiva. Trata-se das questões discutidas no segundo capítulo sobre o holismo, o individualismo metodológico e a dádiva enquanto terceiro paradigma. Interessante mencionar que Marcel Mauss enxergou na seguridade social a possibilidade de manutenção da dádiva no mundo contemporâneo, sendo que Godbout segue outra linha de raciocínio. Retomando Martins e Pinheiro, a dádiva está presente e pode ser utilizada para repensar as ações e relações que se faz em saúde, inclusive na reflexão do papel do usuário de saúde no processo.

Os seguintes estudos (PINHEIRO, MARTINS, 2011; MARTINS, PINHEIRO, 2011; MARTINS, 2011a; MELLO, MOREIRA, 2016; RUIZ, SANTOS, GERHARDT, 2016; HILDEBRAND, 2017; CERULLI, 2018), todos no campo da saúde seguindo o referencial da dádiva, sustentam que nas relações simbólicas de troca de dádivas, como o cuidado, entre os serviços de saúde e os usuários, existem exigências e coparticipação dos usuários no processo. Em outras palavras, o cuidado em saúde enquanto dádiva apenas se materializa quando a simbólica relacional inclui mediações entre profissionais de saúde e os que usufruem dos serviços. Trata-se da emergência do cuidado como dispositivo de mediação (MARTINS, 2011), obviamente dentro do pressuposto apontado sobre a dádiva ser um terceiro paradigma (MARTINS, 2017), distanciando-se do holismo e do individualismo metodológico.

Durante a observação em campo foi possível enxergar que as pacientes com fibromialgia participavam do processo de cuidado em saúde, nas relações com a professora de

Educação Física e estagiários. Em hipótese alguma a paciente com fibromialgia foi interpretada como uma coitada, uma pessoa que não possuía demandas e anseios pelo TIF. Isso não teria nenhuma relação com a teoria do dom, pois dádiva não é caridade e paciente deve ser estimulado a participar das ações de saúde. Alguns diálogos durante as entrevistas e observações sustentam que as pacientes possuem perspectivas, às vezes as das mais simples:

(...) eu fui muito bem recebida! Fui bem recebida pela professora de Educação Física, pelos estagiários, pelos professores, por vocês.. sim, encontrei retorno nas colegas, acho que tudo que eu... a minha perspectiva ela foi atendida. Eu pensava que seria chato e que todo mundo estaria chorando ahahaha, mas não é isso, né, graças a deus, porque na verdade acaba levantando nossa astral (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

(...) eu estava precisando de ter contato com outras pessoas por causa da minha cabeça, se fosse pela dor física talvez eu nem viesse, mas mais pelo emocional (a paciente começou a chorar) porque eu estava precisando fazer amizade e ter contato com outras pessoas (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

As pacientes ingressam no TIF com demandas e necessidades a partir do que experimentam com a fibromialgia, pois a expressão clínica da síndrome varia de acordo com aspectos de ordem social, cultural, ambiental e mental (MARTINEZ *et al.*, 2017). A relevância social da fibromialgia requer uma análise história da situação de vida das pacientes, pois constantemente relações constrangedoras perpassam as experiências de vida dessas mulheres, proporcionando mais sofrimento (RAMOS, 2016a; SOUZA, LAURENTI, 2017). A partir da teoria do dom o sujeito social é ativo e reflexivo no processo de cuidado em saúde, não limitando-se à posturas de passividade. Não é porque a fibromialgia é uma síndrome complexa que, agride a saúde e a qualidade de vida, as pacientes pouco se movimentam na espera por cuidado e tratamento.

Durante as práticas corporais de saúde o presente raciocínio evidenciou-se, pois as pacientes entenderam que não eram meras executoras de movimentos, mas sim parte do Projeto. Na execução de um circuito de exercícios, por exemplo, as pacientes demandaram

necessidades, gostos e percepções, pois chegaram a pedir atividades lúdicas como as danças, em geral as preferidas por elas. A construção de um espaço propício e convidativo à participação das pacientes no processo saúde-doença da síndrome repousa na ótica relacional fundada pela troca de dádivas simbólicas.

As práticas e ações do TIF ocorriam a partir de uma perspectiva relacional onde as pacientes participavam da organização e construção das atividades. O “Grupo Interdisciplinar”, por exemplo, era estruturado de uma forma que possibilitava trocas e afetos entre os profissionais e as pacientes. Uma profissional falava sobre algum tema que foi selecionado pelas próprias pacientes do projeto, ao passo que a relação profissional de saúde-paciente durante a palestra acontecia de forma horizontal, pois todos participavam ativamente. Era um momento de possibilitar o diálogo e fala das pacientes.

Sim, tentamos criar uma relação de parceria e confiança entre os profissionais e as pacientes e realizamos nossa abordagem baseados na problemática do grupo (42 anos, Nutricionista, Rio de Janeiro).

Sim. Porque o profissional precisa se relacionar de maneira empática com o paciente com fibromialgia. É preciso se estabelecer vínculo com o paciente para que este possa aprender a lidar dia a dia com a fibromialgia, que sua participação é fundamental para o sucesso do tratamento e que é preciso estabelecer metas a vencer diariamente, ter uma postura ativa perante a vida (47 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

O processo de observação em campo confirmou a presença dessa perspectiva relacional durante as práticas corporais. Comumente, a professora de Educação Física se reunia com as pacientes perto do banco sueco para dialogar sobre os próximos passos do tratamento e até mesmo eventos futuros, como as mudanças de turma, “Adaptação” - “Transição” ou “Transição” - “Convivência”, por exemplo. É importante mencionar que no momento de ingresso no projeto as futuras pacientes são informadas sobre as etapas e organização das tarefas, porém isso não se traduz em uma exclusão das mesmas na estruturação das atividades, ou seja, existe um espaço aberto para as pacientes no processo.

Tratam-se de um momento que pacientes e profissionais se afetam na organização e tarefas do serviço de saúde.

Para Ruiz, Santos e Gerhardt (2016), a dádiva do cuidado pode ser pensada também no sentido de entender como profissionais de saúde e usuários se afetam no tratamento. O processo relacional entre esses atores sociais encontra na dádiva a possibilidade de pensar estratégias terapêuticas para além do aparato técnico, que não se resume apenas à materialidade do corpo biológico. Em outras palavras, a dádiva do cuidado é capaz de produzir saúde, cidadania e solidariedade, quando revestida de afeto. Na concepção das pacientes com fibromialgia são as possibilidades de afeto e encontro com os demais (outras pacientes e profissionais de saúde) que se busca na jornada terapêutica.

A própria estruturação das práticas corporais, a partir de danças, estafetas e jogos parece favorecer a capacidade de afeto entre os atores sociais envolvidos, em conformidade com as ideias de Ruiz, Santos e Gerhardt (2016). Em outras palavras, por mais que a dádiva seja uma realidade construída a partir dos encontros, entre as pacientes e a professora e estagiários de Educação Física, as atividades coletivas desenvolvidas, em termos de exercícios físicos, parecem favorecer a continuidade das trocas realizadas. A frequente utilização de danças por alguns estagiários sustenta tal entendimento, pois observou-se uma maior integração social entre os envolvidos e também engajamento por parte das pacientes.

4.2.3 O dom da hospitalidade: o acolhimento como prática de receber pessoas e demandas

As pacientes com fibromialgia esperam receber alguma coisa quando procuram os serviços de saúde, desde um bom atendimento desempenhado com cuidado, conversa e atenção, até respostas aos problemas de saúde oriundos da fibromialgia:

Espero receber melhoras, confiança, que me recebam como ser humano, não te diminuir, sempre te recebendo, dando atenção, você sempre recebendo essas coisas para se sentir melhor...porque se você chega, o médico prescreveu ali e não olhou nem na sua cara, não pergunta, não tem carisma, só passo o medicamento e acha que é só isso que a gente precisa receber. Tem muito lugar que é assim, mas na verdade você quer receber carinho, atenção, uma boa conversa,

ter tempo para você falar e também para perguntar, eu gosto de tirar dúvidas (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Sim, principalmente atenção para aquilo que estou procurando resposta e tratamento, depois o tratamento, mas o que realmente quero de volta é atenção! Porque se você buscou aquele tratamento qualquer que seja, você quer pelo menos ser OUVIDA. Por mais que não seja resolvido naquele momento, mas desejo sempre ser ouvida e perceber que a pessoa me ouviu e vai tentar de alguma maneira me ajudar (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Primeiramente eu espero ser muito bem atendida... muitas vezes você chega e isso não acontece, como já aconteceu comigo várias vezes, às vezes é até uma consulta extremamente estressante, de você chegar e aguardar 1 hora até o profissional te atender, isso realmente me descontrola, deixa tudo mal. Eu espero receber respeito, porque isso que acontece é falta de respeito, eu falei isso com o médico que atrasou, acho uma falta de respeito com o paciente, mais de uma hora não dá (sic) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Caillé *et al.*, (2019) apresentam uma pluralidade de doações que os seres humanos praticam diariamente nos dias de hoje, principalmente no momento de recepcionar uma pessoa. De acordo com os autores, são as pequenas ações de acolhimento, saudações, expressões de boas-vindas e até mesmo determinados gestos que possibilitam um entrar no mundo do outro ou a efetivação de um círculo social. Trata-se de uma dádiva contemporânea, um dom de hospitalidade que se doa ao próximo que é capaz de proporcionar relacionamentos duráveis. No caso das pacientes, essa dádiva de hospitalidade parece ser fundamental para as consultas terapêuticas, pois a recepção desse dom por parte das pacientes inclui uma retribuição de participação no processo saúde-doença da síndrome. A partir de Caillé *et al.*, (2019), entende-se o dom de hospitalidade/ de recepção como possibilidade de dar ouvidos às pacientes com fibromialgia.

Observando ao longo destes vinte anos de projeto, identifico como uma grande demanda a busca por apoio/acolhimento externado por mais de noventa por cento dos usuários do TIF (68 anos, professor de Educação Física e Médico, Rio de Janeiro).

Para Tesser e Luz (2018), o acolhimento é o início de um encontro clínico ou terapêutico, o momento que o doente demanda atenção e resolutividades aos seus problemas de saúde. A acolhida ocorre a partir de uma atitude de aceitação afetiva das demandas, problemas e angústias dos pacientes pelo terapeuta, inaugurando assim uma relação de cuidado. O terapeuta convida o doente a falar sobre os motivos da procura pelo serviço de saúde e também sobre os problemas e angústias que o afligem. Os autores entendem a acolhida e a escuta como movimentos integrados, pois a consolidação e prolongamento do acolhimento relaciona-se com o desenvolvimento da escuta. O dom da hospitalidade supõe o acolhimento como uma dádiva simbólica no recebimento de pacientes nos serviços de saúde.

As mulheres com fibromialgia demandam atenção e entendimento sobre o que elas estão passando e experimentando, negando posturas passivas nas consultas terapêuticas. Querem ser bem recepcionadas e ouvidas. Pereira e Magri (2019), por exemplo, sugerem relações profissionais de saúde-pacientes com fibromialgia construídas no compromisso com o próximo que demanda saúde, uma relação baseada na troca de saberes e também de escuta. Os estudos de Caillé *et al.*, (2019) e Pereira e Magri (2019) proporcionam um entendimento da importância de relações terapêuticas baseadas no outro, onde dádivas simbólicas preenchem um espaço interessante na vida de pacientes com fibromialgia. A tripla obrigação de dar, receber e retribuir encontra-se presente quando o simples ato de receber pacientes com fibromialgia é dar atenção, cuidado e acolhimento, o que Caillé *et al.*, (2019) chamaram de hospitalidade.

Importância Fundamental. O acolhimento, a escuta ativa, a legitimação do sofrimento, a informação e a formação de vínculo, são estruturas fundamentais para a clínica (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Mattos (2019) adiciona que o processo saúde-doença da fibromialgia proporciona um esquecimento si e até mesmo dos laços sociais que os pacientes são capazes de tecer, muito

por conta de um quadro sintomático complexo e subjetivo. As relações terapêuticas às vezes mais ajudam do que atrapalham, o que revelam alguns pacientes que migram de consultório em consultório atrás de respostas e atenção (MATTOS, 2015). Por conta disso, Mattos (2019) e Oliveira *et al.*, (2017a) sugerem que é um momento de buscar práticas capazes de promover novos olhares e possibilidades aos próprios pacientes, a partir de relações de cuidado e acolhimento com os corpos e a saúde.

Entretanto, em conformidade com as ideias de Souza e Laurenti (2017), falar de fibromialgia é situar o foco da questão no contexto histórico do sofrimento e das queixas das pacientes, pois o comprometimento da vida social é expressivo nessa síndrome caracterizada por dores crônicas e difusas. Duas pacientes entrevistadas fizeram questão de destacar que não esperam receber nada dos serviços de saúde, principalmente de consultas médicas. Entende-se como uma defesa construída pelas pacientes a partir de experiências prévias e constrangedoras:

(...) você vai no médico e ele mal te olha, né, tem pouco profissionais que estão ali... então por eu ter essa experiência de vida com os médicos eu JÁ APRENDI A NÃO ESPERAR NADA. Nem na melhor consulta paga, lógico que existem excelentes profissionais, mas é melhor não alimentar essa expectativa (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Não, eu já vou naquela...na dúvida, e olho que eu me trato no particular, ai já vou naquela, vamos lá, eu vou tentar mais uma, eu vou descrente. Ai meu cardiologista passou uma série de exames, ai antes de eu levar o raio-x do tórax para o meu cardiologista eu tive uma crise de sinusite e fui na emergência, ai fiz uma tomografia e a médica disse que estava tudo bem, apenas uma sinusite mesmo. Ai quando fui levar o raio-x do tórax para o meu cardiologista ele disse que o exame acusou pneumonia nos dois pulmões, ai eu relatei que havia passado por uma médica o que disse que não tinha nada... ai quando eu vou já vou meio assim, vou tentar para dar certo. (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

As duas entrevistadas confirmaram que não esperam muitas coisas de consultas e serviços de saúde, porém pontuaram a partir de experiências diferentes. Se no caso de uma delas a ausência de uma relação mais consolidada na atenção entre profissionais de saúde e pacientes parece ser o foco do problema, a outra paciente se queixou de profissionais de saúde que pecam no atendimento e resolutividade de problemas de saúde. O ponto de convergência das duas críticas parece encontrar uma problemática no que foi recebido por essas mulheres no serviço de saúde.

Mauss (2017b) destaca que existe um perigo na coisa dada ou transmitida de acordo com as línguas germânicas, pois a palavra “gift” supõe dois sentidos: o de dádiva, presente ao próximo, possibilidade de reciprocidade e; o de veneno. O antropólogo alerta que nos dicionários da época não existia uma diferenciação entre a dádiva e o veneno, pois aquilo que era dado tinha potencial de se desenvolver em perigo e se tornar um veneno na realidade. De volta ao contexto da relação profissional de saúde-paciente com fibromialgia, entende-se que com frequência as pacientes lidam e recebem essas dádivas no formato de veneno, quando na verdade demandam por cuidado, acolhimento e atenção. A paciente respondeu sobre o que as pacientes com fibromialgia merecem receber:

O primeiro é atenção, porque nos dias de hoje está difícil, assim.. é perguntar e questionar, é procurar saber um pouco mais, porque têm doenças que não se resolvem assim, apareceu e resolveu e pronto, é procurar uma origem, uma história, a trajetória. É cuidar, é sentir que a pessoa tem interesse em te cuidar, hoje em dia não tem isso, até mesmo no particular (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Se na concepção de Mauss (2017b) o “gift-veneno” fez parte da realidade das sociedades tradicionais, no contexto dos contratos não contratuais de constituição de vínculos e da coesão social, o que dizer da citação de Mattos (2015) e Le Breton (2013) sobre pacientes com fibromialgia e outros demais que não encontram respostas aos seus problemas de saúde e migram de serviços em serviços? A ideia não é ignorar as características anatomofisiológicas do quadro sintomático da síndrome, pois essa discussão foi realizada na introdução e no capítulo primeiro da Tese, mas entender que o gift-veneno provavelmente se faz presente nas consultas e relações profissionais de saúde-pacientes com fibromialgia. Além

de não receberem cuidado em saúde no formato de dom da hospitalidade, recepcionam um presente simbólico que acentua o sofrimento.

Afeto, escuta e cuidado são importantes para intervenção com qualquer ser humano. Pacientes com fibromialgia frequentemente relatam que lhes falta pelo menos um destes elementos citados em seu cotidiano. Ao receberem afeto e/ou escuta e/ou cuidado no TIF relatam que têm preenchida uma lacuna em seu dia-a-dia (ainda que parcialmente) (68 anos, professor de Educação Física e Médico, Rio de Janeiro).

Simplesmente indispensáveis, afeto, escuta e cuidado. Considero como a porta de entrada no tratamento e necessário na construção dos vínculos fundamentais para a adesão ao tratamento (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

De acordo com Martins (2017), os estudos sobre a dádiva possibilitam uma subversão da ordem estipulada, principalmente a partir do diálogo, de práticas interdisciplinares e também de um entendimento ampliado dos fundamentos da vida humana. Na concepção do autor, a subversão ocorre no nível das representações cognitivas que resgatamos para compreender a vida social. Belardo e Camargo Junior (2018), por exemplo, destacam que nos séculos XX e XXI determinadas técnicas e práticas são resgatadas e utilizadas no diagnóstico e tratamento das doenças, de acordo com as dimensões da racionalidade médica ocidental (anatomia, fisiologia, diagnose, terapêutica e também doutrina médica). Mattos (2015) e Oliveira *et al.*, (2017a) destacaram as problemáticas do embate entre essa racionalidade e os pacientes com fibromialgia, onde os pacientes não se enquadram, com frequência, nos postulados dessa racionalidade e sentem-se incompreendidos.

A subversão da ordem a partir da teoria do dom ocorre no nível das relações que profissionais de saúde e pacientes com fibromialgia constroem, principalmente no diagnóstico e tratamento da síndrome, pois é nesse momento que existe a possibilidade da dádiva do cuidado, enquanto hospitalidade (CAILLÉ *et al.*, 2019) ou diálogo (CAILLÉ *et al.*, 2017), no deslocamento ao próximo, atuar no processo saúde-doença da fibromialgia desempenhando um circuito de reciprocidade e estimulando a participação dos pacientes com fibromialgia. Se

a dor crônica do paciente não deve ser interpretada como simples mensagem sensorial e fluxo de sensações (LE BRETON, 2013), mas como um sintoma que também é percebido (SANTO, AZIZE, 2019) e pertence ao simbolismo da vida, a dádiva possui os requisitos necessários para reinscrever as relações que se fazem nos serviços de saúde que atendem pacientes com fibromialgia.

De acordo com Pereira (2007), nas trocas envolvendo usuários e profissionais, a saúde é o que se dá e o que se recebe. A racionalidade médica ocidental, no caminho das opiniões e apontamentos de Belardo e Camargo Junior (2018), não consegue ler e interpretar determinadas doenças por conta da forma que diagnostica as mesmas, principalmente por meio de exames laboratoriais que apresentam apenas significações funcionais. O autor está querendo dizer que esse tipo de intervenção é eficaz em verificar se no corpo algo escapa a uma ordem, ao passo que não consegue compreender as relações simbólicas que se fazem em saúde. O ato de receber aqueles que dizem estar doentes é um pontapé inicial do plano da comunicação e relação humana do processo da troca de dádivas.

Entretanto, vale ressaltar que a dádiva é a determinação que atua justamente pela liberdade, fazendo da espontaneidade uma verdadeira obrigação (MAUSS, 2017b; CAILLÉ, 2002). Por conta disso, a questão não é promover as mais variadas explicações sobre como o processo da tripla obrigação das dádivas se instala no processo saúde-doença da fibromialgia, mas compreender ou interpretar, abandonando as ideias pré-formuladas e metafísicas, sob a ótica do dom o circuito de reciprocidade nos atos dos pacientes com fibromialgia e também do TIF. A dádiva é o meio de escapar das aporias do dilema do prisioneiro (holismo), onde o sujeito não possui iniciativa e liberdade para participar do processo, e também do individualismo metodológico, espaço reservado para culpabilizar/responsabilizar o sujeito por todas as ações (CAILLÉ, 2013).

4.2.4 O dom do reconhecimento: a prática de reconhecer a dor crônica

A dor crônica acompanha o paciente com fibromialgia durante boa parte do dia, não cessando de incomodar nem mesmo nos momentos de descanso ou lazer. Trata-se de um sintoma, ou até mesmo doença em si, capaz de proporcionar um comedimento do sujeito em termos de relações afetivas, nos mais diversos âmbitos sociais, gerando isolamento social, silêncio, retração e esquecimento de si (MATTOS, 2015; LE BRETON, 2013). Se os desejos

dos pacientes que sofrem de dor crônica ou fibromialgia não são os dos melhores, pois com frequência associam-se a comportamentos depressivos e de ansiedade, as relações terapêuticas que perpassam o processo saúde-doença da síndrome necessitam interpretar os pacientes a partir dessas mazelas psicossocioculturais que estão contidas em um paciente que procura tratamento nos serviços de saúde (PEREIRA, MAGRI, 2019; SANTO, AZIZE, 2019).

Para além das dores físicas, músculoesqueléticas, difusas, etc... Este adoecimento traz em si, a partir das falas das pacientes: " a dor na alma" a dor de não ser ouvido, da invisibilidade social, da não legitimidade do sofrimento físico e emocional. São pacientes na maioria com indícios e diagnósticos de depressão e que apresentam um significativo sofrimento psíquico de desamparo e inadequação diante da vida (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Conforme mencionado anteriormente, as pacientes esperam receber tratamento, cuidado ou atenção quando procuram os serviços de saúde, apesar de algumas se mostrarem descrentes por conta de experiências prévias constrangedoras. Em um determinado momento das entrevistas a dor crônica foi pauta de debate, principalmente no que dizia respeito ao que a paciente recebia normalmente quando demonstrava ou informava que estava com dor. De acordo com as falas em destaque, o que as pacientes recebem afasta-se das relações cuidado, situando-se próximo da desconfiança e incompreensão:

MUITA DESCONFIANÇA... muita desconfiança... só recebe desconfiança, as pessoas não conseguem compreender, elas não conseguem dimensionar o que você está sentindo, o que está passando, você até quer falar mas as pessoas NÃO ACREDITAM, não acreditam, isso tudo é a minha LUTA, as pessoas um dia tem que ACREDITAR, dar crédito e ajudar. PORQUE É DIFÍCIL (...) (56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

Hummm (cara feia), fora daqui as pessoas procuram se afastar, a gente não recebe nada de volta, você procura se fechar porque as pessoas também se fecham, mas é ai que você precisa de atenção e

conversar, as pessoas não tem paciência para escutar, com a gente é assim, as dores até pioram, a depressão aparece, a gente acaba ficando pior, fica sozinha (sic) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Com certeza, é por isso que a gente passa, é isso que a gente recebe. Já vi casos de pessoa que param até de participar das atividades sociais, porque as pessoas só criticam, a família só critica, não consegue trabalhar, poucos compreendem o que você tem, uma vez vi isso em uma reportagem sobre um rapaz que sofria de dores crônicas (sic) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Nos estudos sobre a dádiva, em alguns momentos não é fácil determinar quando se inicia a primeira doação, pois de certa forma o ciclo de reciprocidade pode colocar doadores na função de destinatários e receptores na função de donatários. Em outras palavras, o que se doa e o que se recebe não funcionam de forma mecânica, mas como um ciclo complexo (CERULLI, 2018). Entretanto, no caso das pacientes em destaque, o que se percebe é uma dor crônica atuando como uma dádiva em direção a outras pessoas, na busca por reconhecimento, porém a reciprocidade não ocorre, ou seja, a paciente recebe de volta sentimentos que não promovem acolhida, mas sim a exacerbação do quadro álgico, depressivo e de ansiedade.

A desconfiança e a incompreensão podem ser interpretadas como formas de lidar e interagir com essa dor crônica no formato de dádiva-veneno. Cerulli (2018) adiciona que a ação do paciente em apresentar a história de vida e também uma doença é uma tentativa por reconhecimento, principalmente quando a relação ocorre com profissionais de saúde. De acordo com Martins (2011a), a circulação de bens simbólicos, como atenção, cuidado, diálogo, confiança e compreensão, pode promover visibilidade e dignidade, principalmente em contextos de empobrecimento e exclusão social. A inclusão dos excluídos e vulneráveis é uma possibilidade nos serviços de saúde a partir da teoria do dom.

Caillé (2014) sugeriu que em quadros de vulnerabilidade pode existir a dificuldade de retribuição de um dádiva simbólica por parte de um usuário de saúde, porém as entrevistas abertas sustentam a dificuldade que as pacientes com fibromialgia experimentam quando oferecem a dor crônica, que de certa forma é parte da vulnerabilidade da síndrome. Trata-se de uma inversão dos atos de dar e receber, apesar de a vulnerabilidade no campo da saúde

merecer atenção e destaque nos estudos sobre a dádiva. Para Martins (2011b), determinadas ações, práticas e gestos, são capazes de colocar os bens em circulação, ao passo que a violência, o desrespeito, a lógica do mercado e as opressões, impossibilitam a circulação de bens importantes para a saúde, como o cuidado.

No caso das pacientes com fibromialgia a questão do reconhecimento parece ser um ponto de destaque, pois demandam atitudes que caminham no reconhecimento do quadro algico e também do sofrimento proporcionado pela síndrome. Se Caillé *et al.* (2019) apostaram na dádiva da hospitalidade como fundamento da prática de receber pessoas e Caillé *et al.* (2017) no dom do diálogo como possibilidade de abrir espaço ao outro, Martins (2011a), Pinheiro e Asensi (2011) e Ruiz, Santos e Gerhardt (2016), sugerem o dom do reconhecimento como a prática de reconhecer demandas e necessidades no outro, uma verdadeira doação que valoriza o outro.

Para além das abordagens terapêuticas medicamentosas, penso na relevância da "escuta" e o respeito ao sofrimento das pacientes. Elas precisam se sentirem acolhidas para darem os primeiros passos na condução do seu tratamento (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Alguns relatos das entrevistas caminham para uma outra direção, pois apesar de sugerirem que não receberam incompreensão propriamente dita a partir da dor crônica, o que receberam não vincula-se ao dom do reconhecimento, sendo uma espécie de entendimento ou até mesmo empatia:

Algumas pessoas entendem, ai manda procurar o médico e manda tomar remédio, as pessoas acham que para quem tem dor tem que tomar remédio, procurar um médico e ficar de repouso, mas para a fibro não é assim, não adianta ficar de repouso e tomar remédio, a sociedade não entende que não é assim, que não é por ai, não sabe o que é fibro, porque quando você está com dor falam para você tomar um analgésico, vai lá repousar... para a sociedade você tem que tomar remédio e repousar, é assim que você elimina a dor (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Eu tenho uma família maravilhosa, mas minha irmã entrou no desespero, a minha mãe não sabe o que fazer comigo e meu namorado entre em pânico. Quando estou com dor ninguém sabe o que fazer comigo, existe até uma empatia, mas essa empatia aparece acompanhada de um monte de sentimentos... mas o pessoal não entende, eles perguntam se quero ir no médico, porque na cabeça da pessoa se você está com dor você vai tratar de alguma maneira, mas na dor da fibro se você está no limite você vai deitar... mas a pessoa que está olhando, por mais que ela tenha empatia, ela possui outros sentimentos que sobrepõe ali, que é a ansiedade, o medo, o ajudar e não poder, eu vejo isso na minha mãe (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Apesar de os estudos de Mattos (2015), Oliveira *et al.* (2017a), Belardo e Camargo Junior (2018) e Pereira e Magri (2019) apontarem os obstáculos que pacientes com fibromialgia encontram no cotidiano em busca da legitimação da dor crônica, principalmente em termos diagnósticos e terapêuticos nos serviços de saúde, os relatos em destaque das pacientes apresentam ao menos outras duas problemáticas que também são importantes sobre esse assunto: a medicamentação da saúde e as representações de familiares, que estão dispostos a ajudar, sobre as dores crônicas.

De acordo com Silva *et al.* (2020), as famílias possuem perspectivas/representações no cuidado com a dor crônica de entes queridos. Os autores do estudo apontam que os sentimentos de medo e do desconhecido, assim como insegurança, impotência e angústia, marcam os discursos, práticas e comportamentos dos envolvidos com o cuidado do seu ente querido. O problema reside então nos comportamentos de familiares que se aproximam dessas posturas de insegurança e medo, pois o sofrimento tanto dos pacientes quanto dos cuidadores/familiares só aumenta. A partir de Mazo e Estrada (2018) entende-se que a família pode ser uma rede de apoio fundamental no cuidado de pacientes com fibromialgia, caso os entes queridos estejam bem orientados sobre a fibromialgia.

Para Berardinelli, Brito e Miranda (2019), mesmo que uma síndrome, como é o caso da fibromialgia, efetivamente seja uma situação adversa para a estrutura familiar de um lar, as redes familiares precisam utilizar o momento para fortalecer os laços sociais entre os

envolvidos. De acordo com o estudo, a família é a instituição que identifica as primeiras alterações na saúde do adoecido para exercer certos cuidados e que conhece grade parte das demandas e necessidades do ente querido. Logo, determinadas mudanças de comportamento perante à fibromialgia devem ser realizadas também no âmbito domiciliar, como um movimento integrado dos envolvidos.

O uso inadequado ou exacerbado de medicamentos também é um problema que perpassa a vida de pacientes que sofrem por dores crônicas, incluindo a manipulação desorientada de familiares próximos (SILVA *et al.*, 2020). Os relatos das duas entrevistadas apontam uma percepção dos familiares sobre a relação fibromialgia, dor e medicamentos. A ideia não é sustentar que os medicamentos não são importantes para a fibromialgia e dores crônicas, pois MacFarlane *et al.* (2017) sustentam que apesar das reticências sobre a eficácia dos medicamentos no tratamento e contenção dos sintomas da fibromialgia, a terapêutica medicamentosa é importante para a síndrome. As queixas das pacientes entrevistadas situam-se exatamente no limite dessa eficácia medicamentosa, com frequência as dores persistem, e da perspectiva reducionista, como se apenas tomar remédio fosse a solução dos problemas.

Barbosa, Caponi e Verdi (2018) evidenciam a vinculação das práticas de cuidado ao próximo à práticas de medicalização e medicamentação. A medicamentação pode ser interpretada para além do uso de fármacos em determinadas estratégias terapêuticas, pois refere-se ao pensamento de toda uma sociedade sobre o controle médico da vida e saúde dos sujeitos. Trata-se da interpretação sobre o medicamento como a única alternativa terapêutica plausível de responder aos problemas de saúde do cotidiano (BEZERRA *et al.*, 2014; BARBOSA, CAPONI, VERDI, 2018), ignorando os benefícios de outras terapêuticas, principalmente de tratamento inter e multidisciplinares. McFarlane *et al.* (2017) são precisos quando afirmam que o exercício físico aeróbio é a intervenção terapêutica mais eficaz no controle do quadro algico da fibromialgia.

A medicalização, por sua vez, é um fenômeno que engloba a medicamentação sem reduzir-se a mesma, pois reduz as subjetividades contemporâneas ao fato biológico da vida, como se todos os problemas da ordem do psicossociocultural pudessem ser resolvidos a partir de soluções médicas. No caso da fibromialgia, por exemplo, seria reduzir todo o quadro sintomático, a vulnerabilidade dos acometidos e até mesmo as demandas das pacientes aos pressupostos da terminologia médica de saúde. Ao mesmo tempo que existem interesses políticos, econômicos e científicos na medicalização dos processos vitais, os sujeitos incorporam esses saberes e utilizam com naturalidade no dia a dia (MACHADO, LESSA, 2012; BARBIANI *et al.*, 2014; LECHOPIER, 2015; OLIVEIRA, PERALTA, SOUSA, 2019).

De acordo com Pinheiro e Martins (2011), a produção do que se faz em termos de cuidado em saúde deve ser pensada como uma categoria capaz encarar desafios e dilemas que perpassam as ações de saúde. A medicalização e a medicamentação são entendidas como tais, pois os autores adicionam que a saúde precisa ir além do fornecimento e disponibilização de medicamentos, o que não implica em ignorar os benefícios dos mesmos. Assim como Martins (2017), Pinheiro e Martins (2011) seguem o pressuposto de subversão da ordem a partir da teoria do dom, porém levando em consideração a dádiva enquanto cuidado.

Se a farmacologia constitui-se como um saber da racionalidade médica ocidental que pode promover a medicalização da vida, conforme aponta Machado e Lessa (2012), Silva *et al.* (2020) sugerem as relações interpessoais, a partir de diálogos e comunicações não verbais, como caminhos que podem fortalecer a relação entre terapeutas e adoecidos, sendo esse suporte empático uma boa alternativa no controle das dores crônicas. É válido relatar que uma das pacientes entrevistadas utilizou exatamente o termo “empatia” para traduzir a preocupação e o deslocamento ao próximo que se encontra em estágio de vulnerabilidade. Os elementos da afetividade e reciprocidade da teoria do dom fornecem caminhos para se repensar os cuidados com a dor crônica, distanciando-se da medicalização e medicamentação da saúde, pois incluem a aposta no vínculo como possibilidade de cuidado.

Na concepção de Silva *et al.* (2020), propostas de educação em saúde são fundamentais para familiares que lidam com o cuidado à dor crônica de entes queridos. Os serviços de saúde precisam mediar a relação desses familiares com os pacientes na tentativa de promover uma melhor qualidade de vida para ambos. A educação em saúde inclui a apreensão de orientações sobre o quadro sintomáticos, terapêuticas e tomadas de decisão por parte dos familiares. No caso da fibromialgia, por exemplo, incluiria conhecimentos sobre as características e modulações da dor crônica, os efeitos dos medicamentos e até mesmo a relação da síndrome com outras comorbidades.

Um dos objetivos do “Grupo Interdisciplinar”, assim como dos encontros com a psicóloga, nutricionista, enfermeiras e reumatologista, era desenvolver ações de educação em saúde, ou seja, instrumentalizar os participantes com conhecimentos a respeito de temas destacados pelo próprio grupo. Apesar de alguns encontros terem sido realizados individualmente, entre cada paciente e profissional de saúde, o “Grupo Interdisciplinar” era um momento de troca, diálogo e dúvidas que reunia todas as pacientes e profissionais variados. A importância do tratamento interdisciplinar reside no entrelaçamento das mais

diversas abordagens sobre a saúde, incluindo a ampliação dos saberes e conhecimentos dos envolvidos (BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019).

Além de tratamento farmacológico, exercício físico, orientação alimentar, reduzindo a exposição à alimentos que potencialize a dor e favorecendo a perda de peso, acolhimento pela equipe, apoio psicológico (42 anos, Nutricionista, Rio de Janeiro).

Tratamento médico, farmacológico e não farmacológico, psicoterapia, exercício físico, dieta nutricional entre outros alternativos que colaboram com o bem estar físico e emocional do paciente (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Ainda no contexto da educação em saúde e suas mais variadas possibilidades, uma das pacientes fez questão de destacar durante a entrevista o papel que o TIF desempenhou sobre os familiares das pacientes a partir de um evento anual chamado “Encontro das Famílias da Fibromialgia” (EFF). É um evento que reuni a equipe interdisciplinar do TIF (professores de Educação Física e estagiários, nutricionistas, psicólogos, médicos e enfermeiros) e as pacientes que participam do tratamento e seus familiares. Trata-se de um momento de troca de saberes, científicos e populares, questionamentos, dúvidas e incorporação de novas habilidades, entre todos os envolvidos no processo terapêutico: pacientes, familiares e profissionais de saúde:

É isso que recebo quando estou com dor e reclamo, pois as pessoas não acreditam, foi muito bom aquele encontro das famílias, foi o máximo, como eu queria que tivesse todo mundo, eu queria ter o trazido o máximo, igual a moça que trouxe todo mundo, eu queria ter trazido meu marido encosto, queria ter trazido genro e filha, minha filha até veio, foi uma lição de vida para ela, agora ela vê e tudo ela diz para eu ter cuidado, cuidado com a depressão, tenta me tirar de dentro de casa, tenta fazer as coisas para mim, aquilo ali para ela foi um verdadeiro tapa na cara, ela viu as coisas e ouviu as explicações

direitinho, ouviu os profissionais todos, foi muito bom (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

O meu marido é o que eu te falei, mas sim sim, ele me escuta mais quando eu falo, quando eu falo que estou com dor e preciso fazer as tarefas, quando eu falo que a atividade física vai estar comigo até o dia que eu morrer, antigamente ele falava que era besteira, até ele começou a caminhar depois que eu comecei (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Para Berardinelli *et al.* (2017), diante da desestruturação da rede familiar pela falta de recursos para lidar com a fibromialgia, faz-se necessário estratégias de cuidado a partir do compartilhamento do conhecimento. O EFF é uma estratégia que visa cumprir essa finalidade, munindo os familiares de ferramentas para o enfrentamento da fibromialgia e de conhecimentos que visam legitimar as queixas e angústias das pacientes. Por ser uma intervenção de cunho interdisciplinar, o EFF possibilita mudanças de hábitos de familiares no contato com a fibromialgia (BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019), bem como relações mais harmoniosas e saudáveis entre acometidos e a família.

O EFF pode ser interpretado sob a ótica da teoria do dom, pois propõe a extensão da aposta pelo vínculo no tratamento de pacientes com fibromialgia dentro de uma proposta de educação em saúde. Na concepção de Cerulli (2018), a troca de conhecimentos, presentes não materiais, entre terapeutas e usuários de saúde, pode ser um contrato que coloca em jogo a tripla obrigação da dádiva. Quando um determinado conhecimento sobre o processo saúde-doença de uma síndrome é passado adiante, por exemplo, entende-se a possibilidade de contradádivas e perpetuação do ciclo de reciprocidade. O EFF aposta nessa premissa, pois acredita nas propostas de educação em saúde como estratégia capaz de mudar as relações sociais entre familiares e pacientes, principalmente no campo do cuidado em saúde. O dom recebido na forma de conhecimento durante essa proposta interdisciplinar pode perpetuar-se nos âmbitos domiciliares.

É importante ressaltar que o conhecimento enquanto dom (CERULLI, 2018) não deixa de ser um dom do reconhecimento (MARTINS, 2011a; PINHEIRO, ASENSI, 2011; RUIZ, SANTOS, GERHARDT, 2016), pois insere-se na perspectiva de reconhecer a necessidade do outro e deslocar-se, porém, a partir do simbólico e não do material. É uma das máximas de

Mauss (2017b), onde o valor da coisa doada ou recepcionada é menor que o valor da relação construída. O EFF reconhece e, por conseguinte, atua em algumas problemáticas familiares que a fibromialgia traz consigo, fortalecendo principalmente os laços sociais que estão frouxos, conforme sugere Berardinelli, Brito e Miranda (2019).

O aspecto relacional do dom que constrói o vínculo, desde os escritos de Marcel Mauss sobre as sociedades tradicionais, repousa sobre a necessidade de uma assimetria entre os envolvidos. A assimetria ou a necessidade por desigualdade nada mais é do que um requisito necessário para o movimento da dádiva de um donatário para um destinatário, pois o deslocamento ao próximo necessita de uma assimetria na relação (CERULLI, 2018). Dessa forma, o ato de doar fundamenta-se no prazer da perda, onde o gesto satisfatório é dar mais do que receber (GODBOUT, 1999). Por conta disso, Mauss (2017b) e Caillé (2022) sustentam a importância do desequilíbrio, a necessidade de achar que recebeu mais e por isso encontrar-se em dívida com o próximo.

A forma como um terapeuta percebe o adoecido, reconhece suas necessidades, expressa sua presença em atitudes, gestos e diálogos e atua com cuidado em saúde, fazem parte dos mais variados exemplos de como a relação de assimetria e de desequilíbrio constituem a teoria do dom (RUZI, SANTOS, GERHARDT, 2016). No caso das relações que as pacientes com fibromialgia estabeleceram com os profissionais de saúde do TIF, a presente dinâmica assimétrica se fez presente, com ênfase nos momentos que dádivas simbólicas foram utilizadas como forma de perceber e reconhecer a dor crônica (dom do reconhecimento). Um dos tópicos das entrevistas foi o que as pacientes recebem do TIF em termos de dor crônica:

Acolhimento, compreensão, é isso o que você recebe, a palavra é essa: COMPREENSÃO! Eles compreendem, compreendem a gente, como lidar, como tratar, como cuidar, com carinho, TUDO COM CARINHO, tentar levantar o nosso astral, é isso que precisa, então é oferecido isso para gente: carinho, atenção e cuidado...é isso, levantar a gente, colocar a gente pra cima, por isso eu gosto de vir para cá (sic) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Poxa vida, só a forma deles falarem com a gente, quando a gente chega arrasada e para baixo, desmotivada, ai aparecem para incentivar a gente, com toda essa energia e motivação, isso tudo é

muito bom, então para mim isso não tem preço. É o que dá força para gente! É A MESMA COISA QUANDO VOCÊ VAI NO MÉDICO QUANDO ESTÁ DOENTE, NEM OLHA OU EXAMINA VOCÊ, NÉ. AI NÃO TEM JEITO (...) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

A gente se sente assim muito bem acolhido. Eu acho que isso tudo ajuda muito, porque quando você está em um ambiente que ninguém te trata bem, ninguém olha para você, até mesmo em casa algumas vezes, isso só te derruba, só sente DOR, se está nervosa vai sentir dor, aqui não, quando você chega aqui tem aquele acolhimento, tanto dos profissionais quanto das outras pessoas (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

De acordo com Oliveira *et al.* (2017a) e Oliveira *et al.* (2019b), as relações que os pacientes com fibromialgia estabelecem com a dor crônica merecem destaque, pois de certa forma os autores enxergam uma influência das mais diversas experiências socializadoras sobre esse sintoma. Trata-se de uma dor crônica, difusa e invisível, que apesar de não causar deformação física é sinônimo de descrédito no trabalho, na família e até mesmo em alguns serviços de saúde. Em outras palavras, grande parte das mulheres acometidas enfrentam discriminação e preconceito diante de relações sociais que não legitimam o sofrimento causado pela síndrome, o polo inverso à eficácia simbólica.

Para Monroy-Hidalgo *et al.* (2019), as características clínicas da síndrome e a trajetória que as pacientes percorrem por respostas, diagnóstico e terapêuticas, causam um impacto severo na qualidade de vida, saúde mental e vida laboral das acometidas. Os autores compartilham das ideias de Oliveira *et al.* (2019b) quando sugerem que as pacientes também experimentam algum tipo de discriminação ou até mesmo violência simbólica, por conta da fibromialgia, no âmbito domiciliar. As pacientes são convencidas a acreditar, em certos casos, que a dor crônica percebida por elas não passa de uma frescura ou até mesmo invenção.

De acordo com Bourdieu (2007a), a violência simbólica é um formato de opressão que se exerce com a cumplicidade dos acometidos, pois os mesmos incorporam inconscientemente nos corpos os esquemas e categorias do modelo de mundo hegemônico. Em outras palavras, as mulheres que se encontram no polo das dominadas aplicam os

esquemas incorporados e construídos do ponto de vista dos dominantes. A violência simbólica é a naturalização da opressão, física ou não, por parte dos dominados sob à égide de um poder inscritos nos corpos. As experiências socializadoras da vida podem proporcionar a incorporação de esquemas corporais, chamado de habitus por Bourdieu (2007a), de forma inconsciente e natural.

As pacientes com fibromialgia experimentam violência simbólica quando a deslegitimação do sofrimento causado pela síndrome, por parte de esposos, profissionais de saúde ou colegas de trabalho, incorpora as opiniões e visões de mundo das mesmas sobre a fibromialgia. Oliveira (2017) sustenta que algumas mulheres acometidas passam a duvidar do próprio quadro sintomático com conta de relações que tiveram com esposos e médicos. Essas condições externas e de possibilidade, segundo Oliveira *et al.*(2017a), influenciam também as opiniões e críticas de pacientes com fibromialgia sobre os novos serviços de saúde que experimentam.

A partir dos relatos em destaque fica evidente a contribuição de Oliveira *et al.* (2017a), pois as opiniões das pacientes entrevistadas sobre o que é oferecido pelo TIF para a dor crônica ocorreu juntamente com alguns desabafos relacionados às experiências passadas, nos âmbitos domiciliares e de saúde, no campo da dor crônica. Se nas consultas médicas passadas e nos relacionamentos a incompreensão tomou conta, no TIF a dor crônica recebeu cuidado em saúde, acolhimento e também legitimidade. A partir de Hildebrand (2017) pode-se dizer que no TIF o cuidado em saúde está disponível para ser doado e, por conseguinte, atender certas necessidades em saúde:

É muito importante porque.... vamos lá, pare e pensa bem, imagina eu fazendo um exercício errado e o profissional não ligando parar mim, se tiver deixando eu fazer errado ou então ficar de brincadeira...é pior! Agora, quando você vê que a pessoa está ali de maneira séria, na postura, ajudando e te orientando, você se sente muito seguro e confortável (...) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

(...) a ATENÇÃO dos estagiários, a atenção que eles são é maravilhosa, quando você tem dúvida a gente pode chegar neles porque eles estão disponíveis para atender a gente, então isso eu não vejo em academias, e também com relação em cada vez mais

conhecer a doença para saber lidar com ela, até porque não tem só as atividades, agora começou a ter uma atividade toda a primeira quinta-feira do mês, que é em grupo com uma psicóloga (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

A autora adiciona (HILDEBRAND, 2017) que grande parte dos encontros em saúde se traduz em embates culturais, principalmente entre o saber científico e os saberes diversificados dos usuários de saúde, ou seja, um momento onde as práticas de cuidado podem ficar esvaziadas por conta de relações de poder impositivas. Em outras palavras, Belardo e Camargo Junior (2008) evidenciam as problemáticas desse embate quando a relação profissional de saúde-paciente com fibromialgia pauta-se nos ideais da racionalidade médica ocidental. O resultado é uma incompreensão da dor crônica, pois a paciente não sofre de acordo com os instrumentos técnicos requisitados.

Martins e Pinheiro (2011) e Pinheiro e Asensi (2011) promovem um entendimento interessante sobre os encontros em saúde proposto por Hildebrand (2017), pois sugerem que os sujeitos, na perspectiva relacional com os serviços de saúde, constituem-se por um conjunto de objetos visíveis, como a alimentação, o dinheiro e os medicamentos, e invisíveis, onde destaca-se as crenças, os mitos e também as angústias. A perspectiva do dom, criação de sistemas de trocas e circulação de bens, apropria-se destes entendimentos para a consolidação do vínculo.

O cuidado em saúde pode ser entendido como uma estratégia interessante para modificar o formato dessa relação impositiva, proporcionando vínculo e reciprocidade entre os envolvidos na troca. Mesmo no campo do dom, as trocas realizadas entre terapeutas e usuários traduzem-se em relações de poder, porém não se pauta em imposição, exclusão ou incompreensão, mas sim no reconhecimento de terceiros (HILDEBRAND, 2017). O dom de reconhecimento é percebido pelas pacientes com fibromialgia, pois em alguns momentos destacam que no TIF não existe a necessidade de ficar justificando as próprias dores:

(...) um ponto muito importante é você não precisar justificar a sua dor, você está com a dor e ninguém pede justificativa, eu acho que quando você está com dor e a pessoa não te questiona é saudável, é muito bom, porque quando você tem a dor em uma academia e a

pessoa não está preparada para isso, ela não compreende a sua dor (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

(...) aqui você sabe que as pessoas acreditam na sua dor, ACREDITAM, então você não precisa ficar provando nada para ninguém, não precisa justificar, já existe um conhecimento, então esse conhecimento te leva para a credibilidade, então não tem que ficar provando para a pessoa que está mal, esse acolhimento de vocês mostram para gente que a gente será bem atendida (...) (56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

A necessidade de não precisar justificar as próprias dores não deve ser interpretada como ausência de preocupação ou intervenção em saúde por parte do TIF, mas sim como compreensão e crença nos sinais e sintomas por parte do Projeto. As pacientes, mesmo na fase de Transição, ainda sentiam dor e apresentavam dificuldades em realizar certos exercícios, principalmente as máquinas do treinamento de força. Os professores e os estagiários procuravam compreender o problema na tentativa de intervir com qualidade, sugerindo novos exercícios ou conversando sobre o assunto com as pacientes envolvidas.

Em uma das aulas de Educação Física, ainda na fase de Transição, uma das pacientes não se sentiu bem durante a execução dos exercícios de abdominais, pois sentiu dores na região escapular. A professora de Educação Física identificou o problema e sugeriu uma nova forma de execução conjugada com alongamentos. Durante a entrevista aberta a paciente em questão destacou esse ocorrido, o que de certa forma aproxima-se do que está sendo discutido sobre as justificativas perante à dor:

Olha, eu falo... teve uma vez que eu senti as costas eu, você até estava no dia, porque não tem como fazer aula daquele jeito, mas se você faz alguma coisa durante as aulas é só chamar que eles ajudam, ai eles te dão uma atenção separadamente. É todo um zelo, um cuidado (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Uma das Psicólogas do TIF não se distanciou da presente linha de raciocínio, pois também reiterou a importância do reconhecimento no contato e convivência com a dor crônica da fibromialgia:

Toda a importância. A vivência da dor, dos sintomas e limitações é muito solitária e debilitante. A figura de um cuidador que pode validar as suas queixas e sofrimento e respeitar as suas limitações, olhando para as suas potencialidades é um diferencial da experiência social que esse paciente vivencia (43 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

4.2.5 O processo de interação social e a dádiva da conversação na fibromialgia

De acordo com Martins (2011a), o pacto social disponibilizado pela dádiva é um caminho quando se opta pelo valor da pessoa que está sendo tratada. Trata-se da ação social que busca enfatizar o outro e valorizá-lo perante à sociedade civil. A dádiva por si só é um movimento de aliança perante o outro, sendo uma predisposição para se vincular um símbolo de generosidade, capaz de emergir a experiência do cuidado, como experiência de totalidade (MARTINS, 2011a). Nas palavras de Mauss (2017b), uma experiência de fato social total quando o sujeito passa a ser percebido e compreendido de acordo com as mais diversas dimensões da vida social; enquanto que para Pinheiro e Asensi (2011), uma noção de integralidade, onde o cuidado em saúde privilegia as relações engendradas entre os sujeitos em detrimento de intervenções meramente técnicas.

O cuidado possui uma força metafórica mediadora que exalta a integralidade dos sujeitos envolvidos no processo, pois os aspectos simbólicos e subjetivos da vida cotidiana passam a fazer parte das interações do que se faz em termos de saúde. Trata-se do dom centrado nos valores de confiança e também de solidariedade que emanam de experiências relacionais. O cuidado como metáfora opera com a ideia de um usuário legítimo e interlocutor nos serviços de saúde, diferente da concepção cuidado como retórica que engloba o sujeito como mero objeto de intervenção terapêutica: acrítico, estável e receptor (MARTINS, 2011a; MARTINS, PINHEIRO, 2011).

Os pacientes com fibromialgia são interpretados como sujeitos legítimos, conscientes e ativos no processo saúde-doença, além de convidados a manifestar o que pensam sobre determinadas ações em saúde, quando a metáfora do cuidado se encontra presente. Pinheiro e Asensi (2011) adicionam a importância do diálogo, comunicação e fala para a construção do legítimo interlocutor nos serviços de saúde. A partir do momento que a dor crônica é compreendida nas relações de cuidado, que não existe uma necessidade de justificá-las e há uma crença no tratamento, pode-se dizer que as pacientes com fibromialgia retribuem sentindo-se à vontade nos assuntos sobre a dor crônica:

Sim, muito à vontade, porque aqui a gente está em um meio de pessoas que sentem a mesma coisa, porque quando está em um lugar que as pessoas não têm IDEIA do que seja isso ou do que a gente sente, ai eu fico inibida de falar (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Olha, normalmente eu não falo porque eu sei que têm pessoas que realmente não entendem da situação, então eu falo quando as pessoas começam a falar a respeito, quando eu vejo que coincide com o que eu tenho, ai eu começo a falar, a me abrir, ai comento sobre o projeto e falo também por tudo que venho passado por aqui (sic) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Sim, sempre. Eu falo tanto com ela quanto com os meninos, eu falo: olha, estou com dor, eu vou parar. Ai eles falam, não, tudo bem, ou me passam um outro exercício que não vai afetar aquilo que estou reclamando, principalmente para não me deixar de fazer o exercício (sic) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

De acordo com Godbout e Caillé (1999), na contemporaneidade a conversação ou o diálogo podem funcionar como a troca cerimonial “Kula” das Ilhas Trobiand, processo intertribal presente nas sociedades tradicionais. Mauss (2017b) investigou essa troca de caráter intertribal praticada por comunidades localizadas em um anel de ilhas, no formato de um circuito fechado, onde os “vaigua’a”, bens preciosos que circulavam, excediam o valor

puramente econômico de moeda e representavam aspectos simbólicos de aliança e hospitalidade. Godbout e Caillé (1999) inserem a conversação e as palavras em um intercâmbio similar para além do uso utilitários dos seres, no mesmo pressuposto de hospitalidade e aliança.

A palavra possui a função de circular entre os sujeitos, ser dada e devolvida, ir e vir, não inserindo-se a uma simples troca de informações nas sociedades. A ocorrência de relações hierarquizadas relaciona-se, por exemplo, a fato da palavra ou conversa seguir apenas uma direção ou caminho, perdendo assim a capacidade de circular e afetar os próximos. Ruiz. Santos e Gerhardt (2016) enxergam nas palavras uma possibilidade do profissional de saúde em colocar sua presença e atitudes em prática, como se fosse uma forma de respeitar e afetar o sujeito adoecido.

O paciente com fibromialgia sente-se à vontade para falar sobre suas dores no momento que o dom da palavra é concedido ao mesmo, sendo a participação no processo terapêutico uma forma de retribuição. Por isso Godbout e Caillé (1999) comentam sobre o dom da palavra envolver o dar e o retornar, ou seja, os profissionais de saúde do TIF fixam uma atenção no paciente, a partir de palavras e gestos, e a retribuição ocorre com as palavras do próprio sujeito que está sendo tratado. Para Martins (2011a), esse processo depende a forma como o usuário de saúde é inserido em um sistema horizontal de trocas interpessoais, que pertence ao dom.

Trabalhar didaticamente as informações de modo interessante e criativo em espaço de co-responsabilização. Demonstrar interesse na pessoa que fala, traduzindo e explorando a atitude do cuidado em todas as dimensões existenciais. Deste modo, cria-se uma a dinâmica de atendimento que incita, provoca a produção de sentido para que o sujeito se empodere da sua história e conseqüentemente do seu autocuidado (63 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Caillé *et al.* (2017) lançam mão de um questionamento acerca da palavra: Assim como as trocas de presentes observadas e estudadas por Mauss no contexto das sociedades tradicionais, a palavra pode ser entendida como o “rock” das sociedades humanas no mundo contemporâneo? A expressão “rock” significa aquilo que estrutura, dá sentido ou fundamenta a sociedade. Os autores sugerem que uma conversa é senão um grande fluxo de tempo

estabelecido, palavras dadas, recebidas e prestadas, por conta de que quando falamos nos expressamos a partir de uma doação que é similar a de um presente ao próximo.

O falar pode ser interpretado como um lugar de dar nas relações sociais, pois o dom precisa da palavra para obter clareza e garantir intenções. Em outros termos, como se o dom da palavra fosse anterior e convergente aos dons da hospitalidade e reconhecimento. No caso da presente Tese, o interesse está, à luz de Caillé *et al.* (2017) na interpretação do dom da palavra como oferta e possibilidade de cuidado em saúde. Quando o dizer é engendrar relacionamentos e alianças com os pacientes com fibromialgia, pois as entrevistas sugerem que tratam-se de mulheres que cotidianamente não sentem-se à vontade para participar de trocas em conversas, principalmente quando o assunto são as dores crônicas.

Silveira (2000), a partir de um estudo etnográfico em uma comunidade pesqueira do Brasil sobre a doença dos nervos que acomete as mulheres, pode colaborar nesse momento com estudo. Para a autora, *nervos* é um conjunto variado e instável de sintomas que mediam a relação entre o sujeito sofredor e as instâncias socioculturais, um reflexo que ressalta as relações dramáticas que as mulheres daquela comunidade experimentam. Percebe-se algumas similaridades sintomáticas, além do embate com a biomedicina, entre estas sofredoras de nervos e as pacientes com fibromialgia, em termos de dor crônica, ansiedade, depressão e luta por legitimidade e visibilidade.

A autora comenta sobre algumas condições que podem possibilitar alívios e explicações nas consultas terapêuticas. Comumente as mulheres construídas como nervosas experimentam incompreensão familiar, laboral e até mesmo médica, por conta do embate já mencionado neste trabalho, principalmente a partir de Belardo e Camargo Junior (2018) e Oliveira *et al.* (2017a). O terapeuta que lida com essas mulheres, aponta Silveira (2000), necessita prontificar-se como um ouvinte solidário, capaz de entender o sofrimento causado pelos nervos, doando atenção e compreensão. Ao que parece, o dom da palavra pode também resultar em efeitos positivos em pacientes com outras enfermidades. Entretanto, seja no caso da fibromialgia ou da doença dos nervos, o *gift-veneno* pode estar presente: “o que nem sempre acontecia com os médicos, sempre a insistir que isso [os nervos] não é nada!” (SILVEIRA, 2000, p.59).

De acordo com Cunha *et al.* (2017), a comunicação e o diálogo inserem-se no circuito do dom, assim como a capacidade de escuta dos profissionais de saúde. Os trabalhos das equipes de saúde que repousam nessas categorias aproxima-se das relações de cuidado e acolhimento, pois reconhecem as demandas e necessidades dos usuários de saúde e permitem uma resolutividade dos problemas de saúde dos envolvidos. Os autores interpretam as

doações de dádivas simbólicas por meio do exercício da fala e da escuta, porém de uma forma que o ciclo do dar, receber e retribuir não se feche.

Para Conesa (2017), a relação terapêutica deve ser construída como uma relação de doação que envolve a fala. Uma clínica do dar, receber e retribuir, pois a palavra não é apenas do paciente, como também a do terapeuta, que doa comentários, sugestões, vivências e cuidados que podem ser decisivos para a recuperação de um paciente. Se no cotidiano as pacientes com fibromialgia são convencidas a não acessarem as próprias palavras, uma boa terapêutica baseada no dom da palavra pode ser um caminho. Hénaff (2017) entende o dom da palavra como uma saída de si mesmo, um movimento de recebimento do próximo, semelhante ao dom da hospitalidade, onde a correlação entre o eu e o outro constitui-se em aliança.

A forma como o usuário de saúde experimenta o processo de troca de dádivas merece destaque (UMMEL, ACHILLE, 2015), principalmente no caso da dor crônica. Uma das pacientes relatou a importância das conversas e pontuou a necessidade de um aprendizado para lidar com a dor, pois na concepção da mesma não é interessante ficar alimentando esse sintoma:

A questão dos profissionais tem uma coisa que eu acho maravilhosa, é novamente a empatia... um VAI QUE DÁ! Que é uma coisa que te ajuda a ficar saudável... você conversa sobre a dor, você não fica ali afirmando que está com a dor, aquela coisa massacrante, a dor vai estar sempre só que você vai aprender a lidar com ela, aquela história, você está acompanhada dela, vai ter dias que ela vai bater na porta mais forte, vai ter dia que vai querer entrar, aí você vai lidando com aquilo (sic) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

O dom das palavras promove um entendimento e compreensão das dores crônicas da fibromialgia, incluindo a participação das pacientes como locutoras desse processo. Entretanto, conforme sugerem Berardinelli, Brito e Miranda (2019) e Silva *et al.* (2020), as usuárias de saúde devem ser orientadas em relação às tomadas de decisão que executam no tratamento da dor crônica, incluindo explicações sobre determinados gatilhos que podem exacerbar a dor. A fala mostra a importância do aprendizado no convívio com a dor, pois para

a paciente o válido é aprender a lidar com a mesma. Para Moreira (2010), os profissionais de saúde podem inserir-se no circuito das dádivas quando acompanham, por exemplo, a evolução do quadro sintomático de um paciente. Esse movimento perante o próximo reduz as distâncias socioculturais entre usuários e profissionais.

A paciente com fibromialgia destacou que não pretendia ficar refém das dores crônicas e suas consequências, ao passo que não se aproximou de uma perspectiva individualista na resolução desse problema. Ela reconheceu a importância do TIF na forma de tratar e lidar com este sintoma. No que diz respeito as relações que os sujeitos estabelecem com determinados grupos ou serviços, Godbout (1999) sugere que a pessoa quando aceita tornar-se parte reconhece que não pode livrar-se de um determinado problema sozinha (dor crônica da fibromialgia), pois as possibilidades de melhora ou reabilitação ocorrerão neste lugar, a partir de uma dádiva concedida por profissionais de saúde.

Por conta disso Caillé (2014) sugere as dádivas de cuidado concedidas aos usuários de saúde por profissionais como operadoras de reconhecimento, em conformidade com as ideias de Martins (2011a), Pinheiro e Asensi (2011) e Ruiz, Santos e Gerhardt (2016). O dom de reconhecimento e da conversa realizam-se mediante a ação do profissional de saúde em reconhecer o outro e suas necessidades, permitindo inclusive que um paciente com fibromialgia, por exemplo, exerça um movimento de inclusão e reconhecimento do processo saúde-doença da síndrome. O serviço de saúde propicia atuações protagonistas de pacientes, ao passo que esses mesmos pacientes reconhecem esse movimento e se colocam nessa posição, segundo Mello e Moreira (2016).

Fazer com que o paciente se envolva no próprio tratamento e construa estratégias muito particulares, que às vezes podem funcionar apenas para aquele paciente. Ajudar na descoberta dos recursos próprios de cada um (35 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

De acordo com Leal e Teixeira (2017), as formas de expressão do dom no campo do cuidado em saúde apresentam-se como ação multidimensional, onde obrigação e liberdade se interpõem e entrelaçam. O processo de dar ocorre porque o destinatário possui algum tipo de direito sobre alguma coisa (BATEMAN, 2016) e porque não se dá alguma coisa a qualquer um (CAILLÉ, 2002), ao passo que é na espontaneidade que a dádiva adquire sentido e os vínculos sociais são constituídos entre donatários e destinatários. É interessante mencionar a

que para as pacientes com fibromialgia os profissionais de saúde do TIF atuam de forma espontânea:

Acho que é de maneira espontânea, a troca seria a melhora da gente, acho que essa é a troca na verdade para o profissional. O trabalho que eu estou fazendo tá dando resposta e trazendo alguma melhora para as pessoas aqui que dependem do projeto, por isso é importante, você consegue ver que está dando algum resultado, porque deve ser muito frustrante para o profissional quando o contrário acontece (sic) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

É espontâneo assim, mas o objetivo deles é ver a nossa melhora, acho que eles esperam isso, ver sempre a nossa melhora. Até porque a nossa melhora é uma forma de avaliação do trabalho deles, acho que sim, até porque se não tiver bons resultados o projeto não vai para frente, mas o projeto está sendo positivo (sic) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Na concepção de Martins (2011a), os profissionais de saúde defrontam-se com decisões que podem ser lidas ao mesmo tempo como livres e obrigatórias. Pinheiro e Asensi (2011) adicionam que apesar da saúde ser um direito previsto normativamente nas leis, ela apenas recebe sentido a partir do desenvolvimento de práticas sociais constituídas de forma relacional. O sentido constrói-se na doação do cuidado em saúde pelo profissional ao paciente com fibromialgia, onde a espontaneidade ocupa um lugar de destaque. Segundo Caillé (2002), o circuito da dádiva é o fornecimento de sentidos e a possibilidade de interpretação dos simbolismos da vida.

Pinheiro e Martins (2011) também assumem a possibilidade de pensar o cuidado enquanto dádiva e a espontaneidade na construção de sentidos vinculados à saúde, porém sustentam que é de fundamental importância a compreensão de que a saúde enseja um dever dos profissionais e serviços de saúde no cuidado efetivo ao próximo. Trata-se da máxima do paradoxo do dom, onde a obrigação e o interesse por alguma pauta vinculam-se a ideia de espontaneidade e desinteresse. As pacientes com fibromialgia compreendem a espontaneidade

no tratamento por conta das relações de cuidado estabelecidas e, por conseguinte, do vínculo proporcionado, porém também entendem os objetivos do Projeto.

Por conta do cuidado inserir-se em atitudes de preocupação e responsabilização com o outro, o ato de cuidar excede a dimensão utilitarista das intervenções tecnicista em saúde e incorpora o reconhecimento do sujeito na construção do próprio processo terapêutico (CUNHA *et al.*, 2017). Mesmo que os profissionais de saúde possuam responsabilidades e objetivos em seus campos de atuação sustenta-se a presença da gratuidade e espontaneidade no circuito do dom do cuidado em saúde, pois a relação entre profissionais e usuários não se traduz apenas em um exercício prescritivo até porque envolve a participação e a responsabilização do usuário no funcionamento do serviço de saúde local (MARTIN, 2011a).

4.2.6 A retribuição das dádivas simbólicas: o ciclo hermenêutico

De acordo com Moreira (2010), a teoria do dom permite reativar a sociabilidade em ambientes que encontram-se deteriorados e esgarçados socialmente, reconstruindo os vínculos, como é o caso de pacientes que experimentam a fibromialgia. O dom recebido por usuários ou pacientes encaminha-se aos próximos como forma de construir laços sociais entre os membros de um grupo (FERREIRA *et al.*, 2015). Mello e Moreira (2016) adicionam que os dons simbólicos recebidos pelos pacientes são retribuídos aos profissionais de saúde e/ou aos colegas de turma.

Sim, em forma de agradecimentos, de relatos de mudanças de atitudes no enfrentamento da fibromialgia, na participação, presença e consideração pelas atividades propostas (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Entendo que sim. São muitos os agradecimentos externados por pacientes do TIF para membros da equipe, seja pessoalmente, seja coletivamente. Também retribuem participando de forma direta na organização de atividades de integração social propostas pelo TIF (68 anos, professor de Educação Física e Médico, Rio de Janeiro).

As pacientes com fibromialgia do TIF retribuem o cuidado em saúde recebido no tratamento quando reconhecem o papel dos profissionais de saúde no TIF, aderem às propostas terapêuticas, divulgam o Projeto para outras pessoas diagnosticadas com fibromialgia, compartilham o cuidado com a dor crônica com outras pacientes e reestabelecem o ciclo da tripla obrigação com as outras pessoas com fibromialgia que participam do Projeto. Para Mello e Moreira (2016), o reconhecimento profissional por parte de pacientes media a circulação das dádivas, como forma de retribuição, e garante o processo do vínculo social:

Excelentes, tanto em termos de pessoas quanto profissionais, você sente que são pessoas que têm qualificação para isso, porque você vai em um laboratório fazer exame de sangue e sai com o braço todo roxo, e às vezes o pior, nem conseguiu coletar o sangue, então isso é experiência profissional, o profissional que tem qualificação para ajudar os pacientes...eu espero boa prestação de serviço, fazer o seu trabalho com eficiência, dando atenção, isso é primordial, pois tem que oferecer o trabalho com atenção e cuidado (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

(...) a receptividade, o interesse de você em ver a gente melhor, esse cuidado, carinho e atenção, e eu falo mesmo, eu falo que eu nunca participei de um lugar que fizesse um trabalho próximo do que vocês realizam por aqui, eu já falei isso para várias pessoas, até no taxi eu falo com os motoristas (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Os profissionais de saúde do TIF são reconhecidos pelas pacientes com fibromialgia como habilitados para desenvolver as ações de saúde que realizam e também como profissionais que exercem suas práticas com cuidado e atenção. Em oposição às ideias de Ummel e Achille (2015) e Caillé (2014), mesmo em estados de vulnerabilidade social determinados usuários de saúde encontram vias que os permitem retribuir as dádivas recebidas. O reconhecimento que os profissionais de saúde recebem dos pacientes pode ser interpretado a partir do reconhecimento que os pacientes receberam em virtude do tratamento

do TIF. Em outras palavras, o movimento de sujeitos em direção à terceiros não se esgota, mas gera reciprocidade e extensão (GODBOUT, 1999).

O ato de reconhecer o próximo é uma dádiva primordial (MARTINS, 2011a), em um movimento que visa valorizar o outro, seja um paciente com fibromialgia que demanda cuidados ou até mesmo profissionais de saúde que lidam com a dor crônica. De acordo com Pinheiro e Asensi (2011), a qualidade das ações, a resolutividade em saúde e a forma que os profissionais lidam com os pacientes na questão do cuidado, são fundamentais para a construção de um compromisso recíproco entre usuários de saúde e profissionais.

Os profissionais de saúde do TIF também verbalizaram sobre o reconhecimento profissional a partir das ações de saúde do Projeto. No entendimento dos mesmos, há um evidente reconhecimento profissional por parte das pacientes com fibromialgia, principalmente quando estes entendem que estão sendo bem atendidos, acolhidos e cuidados nas relações terapêuticas:

Sim. Destacam o papel do profissional da saúde como mediador, como amigo, como " porto seguro" das suas ações/iniciativas de forma a tornar a convivência com a fibromialgia mais leve e mais digna (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Sim, verbalizam o impacto das ações (melhora da dor, da fadiga, do humor, da autoestima, do sono, redução de medicações, escolhas de alimentos mais saudáveis, retorno ao trabalho, lazer, convívio familiar, etc) desenvolvidas por cada profissional da equipe o que inclui os estagiários e professores de educação física, nutricionista, psicóloga, enfermeira e médicos. Comentam sobre a dedicação, atenção, carinho e orientações que recebem no TIF. Quando são entrevistados por algum jornal, revista ou TV, ressaltam a importância de todos os profissionais de saúde do projeto. Alguns chegam no TIF relatando insatisfação com relação a atendimentos médicos e solicitam ser atendidos pelos profissionais médicos vinculados ao projeto (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

O reconhecimento profissional, imerso no circuito do dom, talvez seja um dos melhores exemplos de simbiose entre dádiva e contradádiva, pois traz à tona a complexidade e dinâmica de papéis sociais que pacientes e profissionais de saúde desempenham nas relações de trocas. Ao mesmo tempo que pode ser lido pelo viés de uma contradádiva, uma espécie de recepção/retribuição ao dom do cuidado, insere-se também enquanto dádiva, pois modifica e faz surgir um novo circuito, onde determinados papéis podem se imbricar até que se chegue no ciclo hermenêutico, onde não há inércia das coisas ou bens trocados e fica difícil e improvável de localizar quais sujeitos tomaram a iniciativa pela dádiva.

Uma das unidades de registro da presente categoria relacionou-se com as formas de retribuição por parte das pacientes (contradádiva), principalmente em relação aos profissionais de saúde. Além do reconhecimento, o aprendizado dos profissionais com as pacientes e a possibilidade do uso desse aprendizado com futuras pacientes também foram interpretados como retribuição aos cuidados. As pacientes oferecem vivências e experiências aos profissionais (MELLO, MOREIRA, 2016):

Acho que sim, sempre tem alguma coisinha para aprender, nunca vai ser todo mundo igual, cada um tem uma dificuldade diferente, então acho que até isso pode ser utilizado por eles para passar para outros grupos, para ajudar outras pessoas (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Não tem como não aprender. Mesmo que não seja um profissional de saúde, se ele prestar atenção na dor do outro ele vai consegue aprender a ter mais atenção com a vida, acho que além da carreira acadêmica (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

A dor crônica do paciente com fibromialgia carrega consigo um aprendizado a ser explorado pela dádiva do cuidado em saúde. Conforme ressaltado anteriormente, o dom do cuidado promove novos olhares e perspectivas sobre a prática de receber e tratar pacientes com fibromialgia. Um dos efeitos dessa dinâmica relacional é a utilização dos aprendizados incorporados, seja para as pacientes com fibromialgia ou para os profissionais de saúde. Uma

das formas de retribuição, por exemplo, é a divulgação do TIF para outras pessoas diagnosticadas com fibromialgia:

Eu acho que é agradecendo, agradecendo e expondo para outras pessoas como é esse atendimento, divulgando esse atendimento, eles atuam assim, são atenciosos com todos e carinhosos, acho que assim que a gente retribui (sic) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

Eu tenho uma coisa dentro de mim, quero muito que isso daqui que eu participo seja amplamente divulgado, mais amplo, abrangendo muito mais pessoas, com essas pesquisas mais fortalecidas, pois quem tem essas síndromes pouco conhecidas, que começaram a ser estudadas apenas na década de 90.....então quem tem isso....eu quero muito que seja divulgado, que ajude outras pessoas como eu (...) (56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

De acordo com Ferreira *et al.* (2015), o circuito da dádiva supõe ações de solidariedade e reciprocidade que podem escapar a primeira relação na qual o ato de doar iniciou-se. Em outras palavras, a contradádiva pode seguir outros caminhos e não necessariamente o caminho do profissional de saúde que iniciou o circuito com a dádiva do cuidado. As pacientes divulgam o TIF para outras pessoas diagnosticadas com fibromialgia, pois entendem que o cuidado que receberam deveria ser disseminado e expandido, ajudando a vida de outras mulheres. Godbout (1999) entende essa contradádiva como uma dívida que as pacientes adquirem no ato de recebimento do cuidado em saúde.

As pacientes com fibromialgia fazem questão de divulgar as ações do Projeto para outras pessoas como forma de ampliar o tratamento e passar a dívida adiante. O autor (GODBOUT, 1999) entende esse movimento como uma forma de romper com o exacerbado individualismo moderno, também registrado por Caillé (2002), reestabelecendo os vínculos e a reciprocidade. As discussões clássicas, desde Mauss (2017b), sobre as relações assimétricas e o endividamento pela dádiva retomam nesse momento, pois divulgar para outros é introduzir a igualdade na desigualdade. Trata-se da obrigação de solidariedade que se constrói

no cotidiano dessas mulheres (MARTINS, 2011a). Ou seja, introduzir o cuidado em saúde na fibromialgia, ao menos essa é a percepção das pacientes que divulgam:

Vai encontrar acolhimento, profissionais bons e capacitados, que vão entender a sua dor e agir com você na medida das suas possibilidades! Você não é obrigado a fazer tudo que a outra faz, cada um no seu, cada um no seu limite (sic) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

Eu já fiz muito isso, eu falaria que lá é o lugar para pessoas como a gente, lá é o lugar que a gente tem que ficar, porque lá a gente encontra a humildade, amizade, carinho, atenção, as pessoas te recebem da melhor forma possível, sem nem saber da onde você veio, eu falo com o pessoal lá da clínica da família... tem uma senhora lá que dei o número daqui, falei para ir lá, porque ela tem muito problema, sente dor e sente dor na perna (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

A partir de Pinheiro e Asensi (2011), entende-se que os bens simbólicos que circulam nas relações entre os profissionais de saúde do TIF e as pacientes com fibromialgia fortalecem os sujeitos e abrem novas perspectivas de ação. A divulgação do Projeto e o reconhecimento dos profissionais, por exemplo, podem ser lidos como novas perspectivas no movimento do contradádica. Esse movimento para fora de si pertence ao dom do reconhecimento, pois da mesma forma que o TIF percebeu as demandas das pacientes e prestou cuidado, as pacientes realizaram esse movimento com a divulgação para terceiros. Na segunda fala em destaque, a paciente do TIF se apropriou do dom da conversa, à luz de Caillé *et al.* (2017), na tentativa de convencer o ingresso de uma nova pessoa no Projeto.

Na concepção de Almeida e Germano (2009), a condição de fragilidade proporcionada pela doença pode potencializar ou deixar os sujeitos mais dispostos a agirem intensamente ao próximo, constituindo-se em indivíduos reconhedores dos trabalhos prestados pelos profissionais de saúde. A construção e a expansão dos vínculos sociais ocorrem independente do ter (posse de algum bem material) das pessoas, pois situa-se no dom de reconhecer o outro como sujeito. A sociedade enquanto fato social total pode ser pensada a partir desse tipo de

relacionamento interpessoal, onde o movimento com dádivas em relações aos outros destaca o ser simbólico.

Martins (2011a, 2011b) adiciona que a generosidade comunitária instalada pela dádiva é um movimento de aliança, pois a predisposição para se vincular faz emergir a experiência do cuidado como experiência de totalidade (fato social total). O cuidado que as pacientes com fibromialgia recebem no TIF, no formato de dom, constrói o que Mauss chamou de fato social total, pois as pacientes são interpretadas e tratadas no simbolismo da ação. Em outras palavras, por exemplo, a dor crônica vincula-se aos aspectos sociais, fisiológicos e também psicológicos, onde não há distinção, nas relações de totalidade entre os profissionais e as pacientes.

Se nas sociedades tradicionais foram as relações de doação que constituíram a infraestrutura das mesmas, o dom, em suas várias formas contemporâneas, pode ser considerado como a rocha sobre a qual são construídas as relações humanas atuais (CAILLÉ *et al.*, 2018). O cuidado em saúde, a relação não hierarquizada e impositiva entre pacientes diagnosticados com fibromialgia e profissionais de saúde na tentativa de dar um fim ao sofrimento, pode ser entendido como a rocha capaz que reestrutura e reinterpreta o paciente enquanto totalidade ou fato social total. Trata-se da dádiva do cuidado como a rocha ou estrutura necessária ao tratamento de pacientes com fibromialgia, pois em conformidade à Caillé (2002) o fato social total ultrapassa a materialidade imediata do social para revelar um simbolismo geral da vida e oferecer uma visão de síntese dos fenômenos humanos.

Na linha argumentativa de Godbout (1999), os dons recebidos podem ser retribuídos a outros pacientes que também participam do tratamento, promovendo a extensão do vínculo comunitário. As pacientes com fibromialgia do TIF retribuem o cuidado em saúde recebido com as outras pacientes que também participam do Projeto. Dessa forma, o ciclo da tripla obrigação estabelece-se no TIF nas relações que perpassam os profissionais e as pacientes:

A professora e o cuidado dela também é passado entre a gente, principalmente quando a gente está caminhando, nesse momento a gente consegue conversar, dá para ver a preocupação de umas com as outras, pergunta com a outra está, e não fica só por aqui pelo Projeto, porque se estende para o grupo do whatsapp quando alguém pensa em faltar, ou quando alguém aparece depois de muito tempo nas aulas (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Às vezes a gente nota que uma pessoa é mais fechada, mas de um modo geral as atividades fazem com que a gente compartilhe sentimentos e tudo, existe sim uma troca, da mesma maneira que a gente é tratado com carinho a gente também dá carinho...quando a gente vê que estão tratando algo além da doença a gente passa a se sentir mais abraçado (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

As práticas corporais de saúde do TIF foi o palco privilegiado de transmissão das dádivas e contradádivas do cuidado em saúde. Durante o processo de observação em capô foi possível enxergar o que as pacientes estavam falando nas entrevistas, principalmente sobre o deslocamento ao próximo, uma das principais características do dom. Comumente a preocupação com a outra ganhava destaque quando alguma paciente faltava, não podia fazer aula ou até mesmo quando apresentava dificuldades na execução dos exercícios. Em uma das aulas ministradas por um estagiário foi possível observar o papel que algumas pacientes assumem na ajuda mútua com o próximo, na explicação e execução de certas tarefas.

As atividades lúdicas, como as danças, estafetas ou circuitos, são os momentos principais que o ciclo da tripla obrigação se evidencia, conforme observou-se em uma dança ministrada por outro estagiário. Apesar de não existir uma cobrança excessiva por parte da professora de Educação Física e estagiários sobre a execução dos movimentos, algumas pacientes apresentam dificuldades coordenativas. Neste momento, na forma de lidar e se relacionar com o outro, dádivas simbólicas são trocadas pelos envolvidos na trama social. Uma das pacientes que optou se sentar por não conseguir acompanhar a dança, por exemplo, foi encorajada a continuar nos movimentos.

O dom da hospitalidade, do reconhecimento e da conversa foram utilizados pelas pacientes no contato com as colegas de turma, estabelecendo o que Martins (2011a) menciona como círculos hermenêuticos da dádiva. Trata-se de um amplo processo de ação em saúde para os diversos domínios da vida social e cultural, articulando o sujeito que recebe dádivas à totalidade dos elementos que o constituem. O ciclo hermenêutico promove um olhar amplo sobre a teoria do dom, pois ciclo tende a se expandir e confundir as ações de donatários e destinatários. No TIF, o ciclo hermenêutico do dom ocorreu quando a dádiva do cuidado recebida foi retribuída aos colegas de turma, tanto na execução das práticas corporais ou na preocupação com a paciente faltante.

Para Ferreira *et al.* (2015), em concordância com os escritos de Mauss (2017b), no campo do cuidado ao próximo o ato de retribuir leva consigo formas similares às recebidas do ato de doar. Mauss (2017b) observou que nas coisas transmitidas repousava um espírito, o Hau, capaz conduzir as trocas e o processo de retorno das dádivas. Se nas sociedades estudadas pelo antropólogo o Hau conduzia o retorno ao lugar de origem por conservar parte do doador, a partir de Ferreira *et al.* (2015) entende-se o cuidado em saúde como o princípio que movimenta as doações e retribuições, além de conservar parte do doador nesse processo. Não por coincidência que as pacientes mencionam que o cuidado, atenção e carinho da professora são passados adiante.

Na concepção de Goldbout (1999), para que determinada experiência tenha sentido faz-se necessário partilhar ou compartilhar determinados dons. Esta movimentação converge com Caillé (2002) no que diz respeito ao sentido que se constrói a partir da troca e vinculação ao próximo. Sendo assim, nas práticas corporais do TIF as pacientes retribuem o cuidado recepcionado com outras colegas e constroem novos sentidos para a vida social e também para a saúde. Em suma, deslocar-se aos colegas de turma durante as práticas é a possibilidade de construir sentidos para o enfretamento coletivo da fibromialgia. A importância das trocas durante o tratamento foi tópico de discussão das entrevistas:

É essencial, eu acho que ajudam, até porque a fibromialgia passa muito pela depressão, a gente tem aqui casos complicadíssimos de depressão, eu mesma já tive uma depressão mais pesada, antes mesmo da fibromialgia, é aquela coisa que eu ainda não vi psicologicamente o pulo do gato, eu tenho uma tendência a ser depressiva sim, mas já aprendi a ter recursos (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Na questão da confiança, aquela força que a gente recebe. Porque tem dia aqui que eu já chego cheia de dor, me arrastando, fazendo com dificuldade, mas ai você começa a receber essas coisas, essa confiança, ai daqui a pouco já vou melhorando, para gente que tem dor é muito bom, acho que até a conversa... a gente quer conversar, apesar de ninguém ir na casa ninguém de ninguém a gente procura

isso, esse contato (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Pinheiro e Asensi (2011) comentam sobre as formas de pertencimento coletivo que a dádiva possibilita, na constituição de redes participativas em saúde, consolidação do apoio social e produção de práticas responsáveis entre os atores envolvidos. Para as pacientes a consolidação do grupo revela-se importante diante de sintomas, como depressão e dor crônica, que possuem o potencial de exacerbar a vulnerabilidade social, em conformidade com Oliveira *et al.* (2017a). As relações de troca mantêm o grupo como grupo, assumindo um papel acolhedor na ausência de laços amigáveis em certos relacionamentos (FERREIRA *et al.*, 2015). Trata-se de um circuito que leva o sujeito ao coletivo, onde o pertencimento ao grupo se traduz como extensão do próprio indivíduo (GODBOUT, 1999).

De acordo com Mauss (2017b), o ensaio sobre o dom foi pensado na tentativa de desvelar as condições que, garantiam a coesão social, ou seja, o que mantinham a sociedade unida em um conjunto coeso. Bateman (2016) aponta que a tripla obrigação também pode ser um caminho à coesão social nos dias de hoje, a partir das trocas entre os sujeitos. De certa forma, a dádiva do cuidado confirma este postulado, pelo menos entre pacientes com fibromialgia que sofrem de dor crônica. Mattos (2015) já havia apontado que a dor crônica da síndrome tem o potencial de funcionar como linguagem e consolidar grupos de pertencimento, diante da exclusão social que as pacientes experimentam no dia a dia.

O que fica evidente é a ideia de não haver uma inércia nas coisas trocadas, além das funções de doadores e donatários confundirem-se. Se o Hau promovia a circulação das coisas e impedia a inércia das transações, nas sociedades observadas por Mauss, no TIF é a dor crônica que possibilita um engajamento de cuidado em saúde de pacientes sobre pacientes. Flores *et al.* (2011) seguem o mesmo entendimento quando sustentam que os sistemas simbólicos se mantêm por conta do que representam socialmente, aos envolvidos, em termos de união, aliança, prestígio e valores sociais.

A partir de Flores *et al.* (2011), entende-se o TIF como um sistema simbólico que se mantêm graças ao que representa socialmente às pacientes com fibromialgia, principalmente por conta das relações de cuidado e acolhimento que experimentam no tratamento. O grupo constituído pelas trocas de dádivas é a possibilidade de enfrentamento da vulnerabilidade, isolamento e exclusão social, que as pacientes vivenciam. A dor crônica passa a ser interpretada e tratada de acordo com a historicidade das pacientes, em conformidade com as

dimensões sociais, físicas e psicológicas. As trocas criam um fato social total, pois durante as práticas a vida social e os vínculos são constituídos e promovem a manutenção do todo (FLORES *et al.* 2011).

A partir de Setton (2009) entende-se que a socialização dos pacientes com fibromialgia no TIF, no contexto das trocas de dádivas, constitui um fato social total, pois a perspectiva relacional como eixo central promove a participação do sujeito social no seu próprio processo educativo (no caso do presente estudo, o processo saúde-doença da síndrome). A socialização enquanto fato social total ajuda a pensar a experiência de uma enfermidade ou doença como um fenômeno geral capaz de colocar a vida social em risco. Por conta disso busca-se na história individual das pacientes a reintegração da totalidade, simultaneamente nos aspectos físicos, psíquicos e sociais que perpassam a vida.

As dádivas postas em circulação pela mediação dos profissionais e pacientes não se reduzem à materialidade da técnica terapêutica, pois além de carregarem consigo um espírito capaz de produzir saúde e inclusão social revestem-se de afetos, cuidados e solidariedade (RUIZ, SANTOS, GARHARDT, 2015). O cuidado metafórico garante a constituição de uma nova linguagem na saúde no âmbito da simbólica relacional, estabelecendo a sinergia discursiva e de gestos entre os profissionais de saúde e os usuários. Porém, o cuidado deixa de ser retórica quando designa ações de saúde em três movimento: dar (escuta, palavra, acolhida e reconhecimento); receber (como possibilidade de inclusão por parte do ser humano) e; retribuir (como possibilidade de demonstrar a presença, demandas e singularidade) (MARTINS, 2011a).

4.3 Corpo, saúde e dor crônica na inserção no TIF

De acordo com Le Breton (2012, 2013), a existência humana é corporal, pois supõe reduzir continuamente o mundo ao seu corpo a partir do simbólico que ele encarna. Trata-se de um fenômeno moldado por contextos culturais e sociais, onde determinadas práticas e discursos são capazes de construí-lo ou representá-lo. O antropólogo adiciona que as preocupações que perpassam os corpos, como processos de saúde e doença, não devem ser interpretadas como naturais, pois cada indivíduo experimenta individualmente um determinado adoecimento a partir da inserção em determinadas culturas e sociedade.

Determinadas experiências culturais do sofrimento são apropriadas por pacientes com fibromialgia de acordo com a história pessoal, distanciando-se da ideia de uma síndrome como dado da natureza. É a partir da existência corporal que o paciente tem o potencial de perceber e não apenas sentir as experiências negativas e perturbadoras causadas pelas dores crônicas e pelos mais variados sinais e sintomas (MATTOS, 2019; SANTO, AZIZE, 2019). Dessa forma, o corpo não deve ser sugerido como uma coleção arranjada de órgãos que cumprem funções fisiológicas das mais variadas, mas como uma estrutura simbólica que inclui um sujeito que antes de tudo socializa (MAUSS, 2017a; LE BRETON, 2012).

A compreensão do corpo enquanto dimensão/estrutura simbólica, dentro do pressuposto do fato social total onde as dimensões sociais, psicológicas e biológicas estão presentes e associadas, possibilita o envolvimento e a inserção de pacientes com fibromialgia em práticas e tratamentos de saúde. Conforme abordado anteriormente, a interdisciplinaridade do TIF inclui prescrição de exercícios físicos, aporte nutricional, consultas com a reumatologistas, acompanhamento psicológico e palestras da enfermagem, conjugados com uma dimensão que pode ser entendida como simbólica. As práticas e ações de saúde do Projeto visam o sujeito enquanto totalidade, articulado com as experiências de vida que trazem na bagagem.

De acordo com Daolio (2020), a Educação Física precisa ampliar o enfoque oferecido pelas Ciências Biológicas no estudo do corpo, a fim de compreender a dimensão corporal humana a partir de uma totalidade. Para o autor, a ideia de um “uso do corpo” já é o suficiente para distanciar explicações meramente fisiológicas sobre o mesmo, uma vez que os usos dos corpos diversificam-se e aproximam-se das organizações sociais e dos grupos humanos que os sujeitos experimentam

4.3.1 Novas formas de olhar e se apropriar do corpo na inserção no TIF

Um dos desafios das intervenções interdisciplinares no tratamento da fibromialgia situa-se exatamente perante o sujeito que demanda tratamento e soluções aos seus problemas de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019b). Estratégias de educação em saúde, acompanhamentos clínicos, palestras em grupos e até mesmo as práticas corporais de saúde precisam encontrar caminhos seguros capazes de possibilitar qualidade de vida às pacientes, além de novas formas de experimentar, olhar e se apropriar dos corpos nos mais diversos âmbitos, afim de

modificarem o papel que a paciente com fibromialgia exerce na relação com a dor crônica e o processo saúde-doença.

Na concepção de Monroy-Hidalgo *et al.* (2019) e Mazo e Estrada (2018), o quadro sintomático da síndrome proporciona incapacidade laboral, transtornos na saúde mental e deterioração da qualidade de vida, ao passo que Mattos (2019) ressalta um impacto muito mais complexo e subjetivo: o processo saúde-doença da fibromialgia é tão agressivo que é capaz de promover um esquecimento de si ou do próprio corpo, distanciando os acometidos de práticas de saúde e cuidado e, por conseguinte, da consolidação de laços sociais. Mattos (2015) e Souza e Laurenti (2017) argumentam, em conformidade com Mattos (2019), que os pacientes experimentam nos próprios corpos a manifestação da fibromialgia, em termos diagnósticos, laborais e até mesmo domiciliares.

O corpo é a ponte de sustentação das relações, de legitimidade ou não, que os pacientes constroem, respondendo de forma adequada ou conturbada às implicações que as atividades do dia a dia oferecem (MATTOS, 2015; SOUZA, LAURENTI, 2017). No contexto de um aprendizado sociocultural, Mauss (2017a) sugere o corpo como o primeiro e mais natural instrumento do homem, onde a partir de gestos e práticas codificadas produz determinadas eficácias. O corpo não cumpre apenas as funções biológicas inevitáveis à manutenção da vida e funcionamento da fisiologia, pois inscreve-se em determinados usos sociais que aproximam-se das relações que os sujeitos experimentam. Práticas de saúde dotadas de técnicas e gestos, por exemplo, podem representar determinados usos de corpos acessíveis aos sujeitos (BOLTANSKI, 2004).

É ruim querer passear e não pode, é horrível isso, e ainda dentro de casa eu não consigo fazer tudo aquilo que eu fazia, é tudo muito devagar, bem em câmera lenta, eu faço e paro, paro e paro, tem dias que estou um pouco melhor e extrapolo um pouco, mas no dia seguinte já fico mal... eu senti isso quando entrei aqui, me sentia toda hora... por isso estou aqui para ter uma qualidade de vida melhor, por isso falo que atividade física é importante (...) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

Totalmente, no primeiro foi a frustração de não conseguir fazer do jeito que eu fazia, seu corpo quer ir mas a dor está no meio do

caminho, então quando você vem para cá, vê a amplitude de que aquilo ali já não é mais a mesma coisa, sua vida mudou, se continuar olhando ainda da mesma maneira você caminha para um processo depressivo, então você vem para cá e passa a noção do processo que está passando, então passa a ouvir e respeitar seu corpo, vai voltar de maneira diferente para o trabalho, reavalia o que é bom e ruim, não tem mais como eu cobrir um carnaval, por exemplo, a grande mudança é que eu volto compreendendo isso e não chateada com isso (sic) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Além de ressaltar os diferentes momentos que a fibromialgia impôs dificuldades na rotina, as pacientes destacaram que de certa forma o corpo é um dos palcos privilegiados onde as limitações evidenciam-se. A dor crônica e o quadro sintomático promovem uma frustração, um impedimento por parte dos acometidos em dar sequência às atividades diárias e laborais, fazendo com que experimentem também, por exemplo, um processo depressivo. A paciente em questão trabalhava como fotógrafa, porém desde o aparecimento da síndrome o manuseio de certos objetos pesados impediu a continuidade nesta tarefa laboral. Entretanto, a inserção no TIF possibilita novas formas de olhar e de se apropriar do próprio corpo, promovendo um novo entendimento do processo saúde-doença e das atividades laborais.

De acordo com Cavaliere *et al.* (2019), entende-se que os objetivos do tratamento interdisciplinar para a fibromialgia não se distanciam do que foi falado pela paciente, pois de certa forma visam munir os acometidos com saberes e práticas eficientes e contextualizadas com o dia a dia. Os objetivos do TIF não restringem-se à redução das limitações impostas pela síndrome, ao auxílio no controle sintomático e prescrição de terapêuticas não-medicamentosas, pois vinculam-se também à ideia de construir e consolidar, junto às pacientes com fibromialgia, práticas e hábitos regulares que se aproximem de uma vida mais saudável e com autonomia. Se as limitações impostas dificultam as relações que as pacientes desempenham a partir de seus corpos, o tratamento interdisciplinar do TIF aposta em propostas de criação de novas formas de perceber e reorganizar as práticas corporais.

Desenvolver atividades que impulsionem os pacientes a se empoderarem de sua vida ativamente aumentando a autoestima, estimular a prática de atividade física, ensinar e estimular a escolha

de outros alimentos que contribuam para uma boa nutrição e que não levem ao acúmulo de gordura, por exemplo, valorizar cada etapa concluída, deixando claro o quanto cada esforço empreendido é um saldo positivo em sua vida (47 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

Nas observações em campo, principalmente durante as práticas corporais de saúde, foi possível constatar as estratégias que a professora de Educação Física e os estagiários executam a fim de proporcionar saberes e práticas eficientes às pacientes, desde um ensinamento sobre formas de deitar e levantar de um colchonete, o manuseio e deslocamentos de halteres e também o sentar e levantar de uma cadeira. Por conta das fortes dores crônicas, há todo um cuidado por parte dos profissionais com os usos que as pacientes fazem de seus corpos em sala de aula. Na realidade, um dos fundamentos dessa trama relacional é promover este aprendizado para os mais variados âmbitos da vida social.

Até na primeira palestra, a reumatologista estava, ai falei do INSS , da demissão, da dificuldade de voltar a trabalhar, porque não vou voltar na mesma forma, não dá, eu viajava muito a trabalho, tinha temporada de neve, eu subia com 10 kg de equipamento, era pesado, muito equipamento, aqui ajudou muito então a entender que não é um fim do mundo, que vc tem se adaptar, aqui foi essencial (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Aqui me ajudou sim eu comecei a fazer as coisas de um jeito para dar certo para estar aqui, tanto com casa, com a criança, para eu mesma me reorganizar, eu tive que fazer esse esforço. Eu procuro me incentivar para eu vir, as faltas me desanimam muito (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

De acordo com Chiaramonte, Bonfligio e Chisari (2019), o tratamento interdisciplinar supõe um programa de reabilitação a longo prazo para pacientes com fibromialgia, muito por conta da severidade da síndrome e das incapacidades que são adquiridas. Mazo e Estrada (2018) adicionam que o impacto da fibromialgia na saúde e na vida das pessoas depende das estratégias desenvolvidas por pacientes a partir do acesso, qualidade de atendimento e

acompanhamento do caso que os serviços de saúde disponibilizam. A aceitação da síndrome e a participação conjunta de profissionais de saúde habilitados constituem caminhos seguros para a construção de estratégias pelos acometidos.

Oliveira Junior e Ramos (2019), por sua vez, apostam no fortalecimento da qualidade de vida, na qualidade da relação usuário de saúde-profissional e no nível de comprometimento dos pacientes como estratégias de adesão e continuidade nos tratamentos de saúde. As intervenções interdisciplinares devem possibilitar aos pacientes melhoras significativas nos parâmetros biopsicossociais, impactando positivamente a qualidade de vida, a depressão, a dor e a ansiedade, além da própria satisfação do paciente nas relações sociais estabelecidas (MARTÍN *et al.*, 2014; BERARDINELLI, BRITO, MIRANDA, 2019). O protagonismo incentivado nas relações de cuidado e acolhimento, entre os envolvidos no processo terapêutico, constrói um sujeito capaz de lidar com a fibromialgia:

Então, quando eu cheguei aqui eu estava toda enferrujada e toda dura, quando eu fui fazer a avaliação física e vi que não tinha flexibilidade nenhuma e equilíbrio nenhum, eu fiquei me questionando porque antigamente eu conseguia fazer as coisas, aí devagar eu fui reaprendendo a ter tudo aquilo que eu achava que tinha perdido...a gente foi vendo que praticando de maneira correta a gente poderia ter uma vida normal, porque se ficar parado seria pior, quando faz alguma atividade física melhora assim em um grau que a pessoa nem espera (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Eu só consegui voltar para a academia depois que eu estava uns dois meses aqui fazendo... essa CONVIÊNCIA AQUI me mostrou que eu tenho condições de me tratar.... a professora disse que agora terá o recesso, eu tenho o aporte de uma academia, então eu posso continuar fazendo, então eu acho que me deu mais responsabilidade, mais comprometimento comigo e com o meu próprio tratamento. Eu acho que seria mais complicado se eu não estivesse aqui, teve um período que eu me dei uma folga da fisioterapia porque eu tinha tanta dor que eu morava lá, mas quando você está nessas relações como a daqui acaba tendo um comprometimento maior, porque você está em

um programa com um objetivo que se criou aqui dentro (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Inicialmente as pacientes vivenciam os sintomas desagradáveis da fibromialgia que proporcionam incapacidade funcional, pior qualidade de vida (MAZO, ESTRADA, 2018) e redução do nível de valências física relacionadas à saúde, como o equilíbrio e a flexibilidade (CAVALIERE *et al.*, 2019), sendo o TIF o lugar do reaprendizado para elas. Conforme mencionado no capítulo de métodos, o TIF estrutura-se a partir de 9 meses de tratamento distribuídos em três etapas: Adaptação, Transição e a Convivência. A própria fase de Adaptação entende e retrata um pouco do que foi falado no discurso em destaque, principalmente na questão do aprendizado, pois as pacientes ingressam no Projeto com sintomas exacerbados, incapazes para desempenhar as atividades do cotidiano e com a qualidade de vida deteriorada.

Na Adaptação as pacientes participavam duas vezes por semana das práticas corporais de saúde, em sessões com durações que não perduraram 1h por conta do nível de acometimento causado pela síndrome. A prescrição do exercício, a montagem e a organização das aulas seguiram um planejamento mais simples, com conteúdo menos complexo e adaptado às demandas da turma. Exercícios de alongamento, respiratórios, aeróbios de baixo impacto e de relaxamento foram mais explorados neste momento inicial, visando um controle dos sintomas da fibromialgia e também uma maior adesão dos envolvidos. Na intensidade do exercício, a cautela e progressão por parte da professora e estagiários também foi visível, pois não houve uma cobrança excessiva no que diz respeito ao alcance da frequência exata do treinamento. Tratam-se de estratégias progressivas para a retomada da capacidade funcional e qualidade de vida das acometidas. Semanalmente, no “Grupo Interdisciplinar”, as propostas de educação em saúde também visavam instrumentalizar as pacientes no gerenciamento do corpo e saúde.

A fase de Transição, três meses após o início do tratamento, exigiu um pouco mais das pacientes, incentivando-as se exercitarem mais um dia na semana para além dos dias que já faziam no Projeto. Observou-se uma maior autonomia das pacientes, inclusive durante a execução de exercícios nas práticas corporais: exercícios aeróbios mais intensos, treinamento de força com pesos e atividades coordenativas, de equilíbrio e flexibilidade mais complexas. Em geral, o treinamento de força com aparelhos específicos inicia-se, porém utilizaram pesos e halteres para o treinamento muscular por causa de questões burocráticas. O ingresso no treinamento de força e o incentivo à prática do exercício três vezes por semana podem ser

entendidos como avanços obtidos pelas pacientes no que diz respeito ao domínio sobre o processo saúde-doença da fibromialgia.

Na convivência, seis meses após o início do tratamento, as pacientes foram integradas ao grupo de pacientes experientes que já participavam do tratamento. A convivência funciona desta forma, as recém chegadas da transição participam das práticas corporais com os mais experientes. Durante a prática de exercícios, observou-se uma maior autonomia das pacientes nas práticas aeróbias e lúdicas e o início do treinamento de força nos aparelhos de musculação específicos: a professora e os estagiários encarregaram-se de passar os exercícios de força, montando conjuntamente uma ficha de treino para cada paciente.

Não precisa mais ficar um estagiário ou a professora falando que agora é isso e depois é aquilo, agora a gente já até tem uma ficha na sala dos equipamentos com a série de exercícios que a gente precisa fazer, só precisa da orientação nas primeiras vezes e depois a gente já consegue ir sozinho, a gente só precisa saber inicialmente o peso, a maneira e a quantidade de vezes que a gente precisa fazer (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Com ênfase nas dificuldades do momento inicial e no desenvolvimento da autonomia no processo, as etapas do tratamento foram contextualizadas pelas pacientes durante as entrevistas:

É difícil, difícil, porque logo no início quando eu cheguei aqui, hoje eu faço coisas que no início eu não tinha nem condições, eu não conseguia colocar a perna pra trás, até para alongar era muito difícil, não conseguia colocar meu braço para trás, mas mesmo isso, MESMO COM DOR, eu consigo fazer, agora eu já deito e já levanto, mas antigamente era muito difícil deitar e agachar, hoje eu ainda tenho um pouco de dificuldade, mas consigo (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

O início para acostumar. Eu não fazia nada, não fazia esses exercícios. No início batia aquela vontade de não fazer: “Ah, eu não

vou fazer isso não”, mas ai vem aquele apoio que te coloca para fazer, porque o seu corpo sente, você está acostumada a ficar sentada ou deitada e vem para cá para colocar o corpo em movimento. No início você fica naquela de não querer fazer não, ah eu não vou hoje, hoje eu não quero, eu lutava contra isso (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

O início, porque a gente ainda começa a entender o que é a fibromialgia e as nossas dificuldades física, até porque antes de vir para cá eu não estava fazendo literalmente nada, então o ganho foi muito grande, ai eu passei a procurar fora também, eu estava naquele processo de aprendizado, a aprender as atividades e fortalecer o corpo, porque eu estava sem força e flexibilidade, então eu sentia dor, não tinha força, eu sabia que seria muito difícil, o equilíbrio eu também não tinha nenhum, então a parte mais difícil foi essa. Na transição como eu já conseguia fazer foi mais rápido, então eu aprendi rapidamente a mudar o peso, eu estava pegando 1 kg, logo depois fui para 2kg, então vi que conseguia ir além (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Os relatos referentes às experiências iniciais no tratamento aproximam-se do posicionamento de Oliveira *et al.* (2019a) sobre como a influência da síndrome no estado de saúde associa-se de forma negativa à qualidade de vida dos acometidos e também das observações iniciais realizadas na reunião inicial. As pacientes tiveram o primeiro contato presencial com o TIF na reunião inicial do Projeto, um momento que marcou as primeiras relações e explicações entre as alunas e os profissionais de saúde responsáveis (Educação Física, Psicologia, Nutrição, Reumatologia e Enfermagem).

O acometimento proporcionado pela fibromialgia ficou evidente nesse momento inicial da reunião, tanto pelo discurso e dúvidas das pacientes sobre o tratamento e seus efeitos no processo saúde-doença quanto por conta de algumas posturas e comportamentos corporais marcados por certa insegurança. Na concepção de algumas pacientes, por exemplo, ainda era distante a ideia de inserir-se em um tratamento que oferecia a prática regular de exercícios físicos no contexto da dor crônica. Pernambuco *et al.* (2019) ressaltam que as

percepções subjetivas de pacientes que se modificam a partir da inserção em práticas de saúde promovem melhoras no estado de saúde.

A partir de uma sociologia do corpo, Mattos (2012) pode promover um outro olhar sobre os comportamentos corporais e as percepções de pacientes com fibromialgia no que diz respeito à prática de exercícios físicos. Para o autor, a corporeidade atrela-se ao meio sociocultural no qual os indivíduos são socializados, seja em termos de alimentação ou prática regular de atividade física. Os gestos, as posturas e os movimentos corporais são interiorizados pelos sujeitos a partir das experiências socializadoras da vida, onde determinados padrões se expressam no corpo. Dependendo da forma como as socializações são construídas, os sujeitos podem apresentar certas dificuldades quando procuram inserir-se em determinadas práticas de saúde.

No estudo do comportamento e postura do corpo gordo perante à prática de exercícios, Mattos (2012) se apropriou da sociologia de Bourdieu (2002, 2007a, 2007b) para pensar um *habitus* do corpo gordo. Para Bourdieu (2002), *habitus* são sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, como princípios que gera e estrutura as práticas. Trata-se de um duplo movimento de interiorização da exterioridade (normas, valores, princípios) e de exteriorização da interioridade adquirida, onde corre uma adequação entre as ações dos sujeitos e a realidade social. A internalização de um *habitus* é sempre corporal, pois traduz-se em gestos e comportamentos. Na sociologia de Bourdieu são as primeiras experiências socializadoras da vida que promovem a construção de um *habitus*.

No caso do *habitus* do corpo gordo, Mattos (2012) observou que a história de vida dos sujeitos permanece no engajamento em práticas de exercícios, pois os mesmos internalizam no corpo o *habitus* adquirido. A forma como o indivíduo percebe, se apropria e utiliza o corpo é socialmente construída, o que promove a internalização de certos valores: no caso do corpo gordo é a questão do emagrecimento e a desvalorização dos comportamentos que promovem acúmulo de gordura, enquanto que na fibromialgia é o impasse entre se movimentar e sentir dor. Assim como Mattos constatou que a obesidade é uma condição que se interioriza e exterioriza durante anos, a partir das relações estabelecidas nos mais diversos âmbitos sociais, é possível pensar que as relações que os pacientes com fibromialgia tecem apresentam a dor crônica como condição.

O modo de perceber o exercício físico é adquirido perante as relações socializadoras, para Mattos (2012), onde o comportamento é modulado. As inseguranças que pacientes com fibromialgia encontram e demonstram quando procuram engajar-se em práticas de exercícios

têm na dor crônica um ponto fulcral, pois tratam-se de sujeitos que sentem e percebem as dores crônicas 24h por dia, até mesmo em situações de repouso. Entende-se que as pacientes adquirem um *habitus* corporal em termos de comportamento e percepção no que diz respeito aos exercícios: se movimentar é interpretado inicialmente como medo, possibilidade de prejuízo, chance de sentir mais dor e também de uma exacerbação sintomática. Além do mais, as dores carecem da legitimidade necessária para um engajamento em práticas saudáveis, pois os âmbitos sociais proporcionam ainda mais sofrimento (SOUZA, LAURENTI, 2017; BELARDO, CAMARGO JUNIOR, 2018).

É...é..eu estava falando com a professora, eu moro do lado de uma academia, do lado mesmo, tem outra perto, mas sabe porque nunca fui? Porque tenho muito medo, eu já tenho problemas, então se não pode acarretar prejuízo, então eu nunca fui, eu podia fazer, até porque estão cobrando barato (sic) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

No começo eu não imaginava em fazer atividade física, eu não conseguia levantar a perna direito, achava que ia ficar assim para sempre, mas devagarzinho eu fui conseguindo e até a professora vira e fala pra mim o quanto evolui, como cheguei aqui e como estou agora, eu não conseguia levantar o braço, agora consigo, ainda sinto dor, mas não tanto quanto antes (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Eu sempre sonhei em fazer, mas eu sou realista, eu nunca tive uma vontade de entrar em uma academia e sair fazendo, porque eu sei como é, todo mundo faz a mesma coisa o tempo todo, então não existe aquele cuidado de dar um exercício para cada tipo de problema que a pessoa tem, porque às vezes o que você faz eu não posso fazer, eu tenho problema no meu joelho, já não posso fazer certas coisas, mas aí a pessoa mesmo assim vai lá e passa o exercício, não. Lá fora o pessoal faz muito pensando na sua vida financeira, o pessoal quer corpo marombado, ficar fortão, lá é diferente, aqui já é mais para

*você mesmo, TRATAMENTO, aqui é pensando na nossa saúde (sic)
 (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).*

De acordo com Mattos (2012), as práticas corporais realizadas nos salões de musculação ou de academia carregam alguns sentidos e significados que frequentemente se vinculam aos usos legítimos do corpo, onde o cultivo do mesmo visa recompensas sociais e estéticas. Trata-se de um corpo interpretado como uma máquina e do treinamento como a possibilidade de construir músculos fortes e esbeltos. É o lugar de excelência para o aprimoramento da forma física, manutenção do belo e do desfile de corpos perfeitos. Na concepção do autor são espaços que em geral excluem àqueles que não enquadram às crenças e normas impostas, como os indivíduos obesos ou com sobrepeso.

Para Silva e Ferreira (2019a, 2019b), o âmbito da musculação nas academias de ginástica é marcado por alguns significados atribuídos às dores corporais, onde o corpo é concebido por um modelo instrumental e utilitário. A prática de exercícios físicos nestes espaços tem na dor um ponto de destaque, pois a mesma é construída como representação de limites físicos e sofrimentos que precisam ser superados. É importante frisar que, apesar da presença destas representações sobre corpo e dor, os salões de musculações funcionam a partir da construção de uma pluralidade de crenças e valores sobre os corpos, onde a saúde está incluída.

O medo ou o receito do paciente com fibromialgia de aderir às práticas corporais em academias de ginástica pode residir nas crenças e valores que tais práticas vinculam, como, por exemplo, a presença da dor como forma de alcançar objetivos. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que a literatura sustenta a importância do treinamento de força/resistido no fortalecimento muscular e controle sintomático de pacientes com fibromialgia (VAUGHN *et al.*, 2016; ANDRADE, VILARINO, BEVILACQUA, 2017; GLASGOW, STONE, KINGSLEY, 2017).

Aqui é diferente da academia, porque lá a pessoa acha que o resultado está no alcançar, porque lá muita das vezes a dor faz parte do exercício físico. Aqui não, aqui é diferente, porque respeitam a sua dor e o que você sente (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

A grande diferença para mim é esse acompanhamento, então você tem esse acompanhamento, porque se você faz um exercício errado, porque se você contrai um ombro fica com mais dor, então isso faz uma diferença, porque em academia não tem isso (...) (56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

Assim como Mattos (2012), no caso de pessoas que experimentam o sobrepeso e a obesidade, Oliveira *et al.* (2017a) apostam nas práticas corporais de saúde como possibilidade de cuidado, acolhimento e promoção da saúde para pacientes com fibromialgia, pois são caminhos alternativos capazes de ampliar as possibilidades interpretativas relativas ao corpo. A ênfase nos importantes aspectos da fisiologia e biomecânica, hegemônicos nas explicações e construções dos corpos e exercícios, abre espaço para uma perspectiva biopsicossocial, onde reúnem-se as dimensões sociais, psicológicas e biológicas de totalidade do ser humano. Trata-se de uma Educação Física que interfere de maneira mais benéfica no processo saúde-doença da síndrome, pois o que se faz em saúde leva em consideração as dimensões coletivas e individuais do adoecimento.

A partir de Daolio, Rigoni e Roble (2012) e Daolio (2020), entende-se a importância de se construir práticas coletivas que operem para além da cisão corporal entre pensamento (mente) e matéria (corpo) ou Ciências Biológicas e Sociais. Para Le Breton (2011), a ideia de pensar um corpo estritamente a partir das Ciências Biológicas é um dos arcaísmos da separação moderna entre o mesmo e a mente. O próprio uso utilitário e instrumental dos corpos, gestos e comportamentos em determinadas práticas de exercício não deixa de ser um fundamento alinhado a esta cisão moderna que não é recente.

Em Antunes *et al.* (2018), são as potencialidades para a saúde, em termos de integralidade, que precisam ser regatadas nas práticas corporais. Os autores propõem que dentre os objetivos destas práticas corporais encontram-se ressignificações das formas de lidar com a saúde e adoecimento, compreensões sobre as adversidades que acometem o corpo e novas maneiras interpretar os limites e possibilidades da autonomia corporal. Daolio, Rigoni e Roble (2012) e Daolio (2020) caminham para o mesmo entendimento quando sustentam a possibilidade dos sujeitos apropriarem-se dos corpos a partir de técnicas corporais que não se reduzem aos usos utilitaristas da vida social.

A intervenção em Educação Física a partir de práticas corporais de saúde, pautada principalmente nas Ciências Humanas e Sociais e nos valores de humanização da saúde, atenção integral dos sujeitos e clínica ampliada, contribui para a ampliação da compreensão

do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de novas ações, pensamentos e habilidade do que se faz em saúde (MENDES, CARVALHO, 2015b). As práticas corporais funcionam como um espaço de trocas de dádivas, conforme discutido em um dos tópicos da discussão, supondo um maior protagonismo das pacientes com fibromialgia nas práticas de saúde e maior percepção sobre os usos sociais do corpo. De acordo com Silva *et al.* (2019), um dos resultados a longo prazo da inserção de usuários de saúde em terapêuticas com práticas corporais e coletivas é a percepção dos usuários sobre o próprio estágio que se encontram no tratamento:

Acho que me deu um UP no geral da coisa, o exercício coletivo te ajuda muito, a troca, a troca de conhecimento, olhar para o outro e ver que a dor, que a dor é visível né, porque as pessoas acham que não é nada, quando você começa a ver a dor das outras pessoas ai começa a se sentir incluso dentro de um grupo, no exercício. Aqui ensina muito a observar, perceber o seu corpo e os limites dele, até onde pode ir, eu sei até que ponto posso me alongar, às vezes preciso alongar devagar, colocar a mão na coxa e às vezes o corpo pode cair, então aqui ensina a olhar para o corpo nesse sentido (...) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Ah, eu acho que gosto de todos, porque antes eu não fazia nada, então só de estar ali reunida com o grupo, com as meninas, com a professora, é um aconchego tão bom, se é que você me entende, um acolhimento, é um aconchego tão com que eu me sinto bem, elas me orientam, ai faço com maior prazer, quando eu não venho eu tento fazer em casa (sic) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

A condução dos exercícios no formato de práticas corporais de saúde reúne características fundamentais que se traduzem no envolvimento propriamente dito dos sujeitos praticantes, de acordo com González (2015). Tratam-se de práticas estruturadas a partir do envolvimento motor e fisiológico, mas que incluem também o movimento corporal como elemento primordial e a produção do cuidado com o corpo e a saúde vinculados ao lazer. Para Silva *et al.* (2019), as práticas corporais desenvolvidas pelos professores de Educação Física

são compreendidas pelos usuários de saúde como formas alternativas de enfrentar o processo saúde-doença de uma enfermidade.

Acredito que o trabalho interdisciplinar, permeado por ações voltadas para o acolhimento, visando a autonomia dos pacientes, sejam a melhor estratégia de enfrentamento da patologia. O desenvolvimento de ações dentro desse contexto, levam ao autoconhecimento possibilitando ao paciente uma forma menos sofrida de conviver com a fibromialgia (57 anos, professora de Educação Física, Rio de Janeiro).

Oliveira (2018) adiciona a valorização destas práticas como possibilidade de produção do corpo em termos de cuidado em saúde, principalmente no âmbito de uma área de intervenção (Educação Física) que carece de tais pressupostos. A ampliação do escopo orgânico-funcional para uma intervenção que dialoga com as práticas de cuidado fomenta a pluralidade de ações em Educação Física. Mattos (2012) interpreta tais práticas corporais como certas condutas e comportamentos fundamentais de cuidados com o corpo e também com a saúde.

A qualidade dos atendimentos e as estratégias desenvolvidas no âmbito do processo saúde-doença preenchem o centro de atenção das práticas corporais, com a finalidade de melhorar a saúde e qualidade de vida das pessoas (MATTOS, 2012). A partir destas práticas coletivas que estão imersas em cuidado em atenção (MATTOS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017a; OLIVEIRA, 2018), os pacientes com fibromialgia envolvem-se em (re)encontros com o corpo e a saúde. A coletividade ou o fator grupo, a partir da socialização em práticas corporais, é um respaldo importante para as pacientes.

Olha, eu gosto da dança, os exercícios são sempre muito animados, do cuidado da professora, na verdade o primeiro é o cuidado da professora, depois as aulas e do grupo de uma forma geral que cuida da gente, os meninos, né, os estagiários, são sempre solícitos para cuidar da gente, eles são observadores, né, são bem atenciosos, uma vez um deles viu que eu não fiz o exercício todo (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Porque não é uma atividade do tipo rotineira, toda vez que chego aqui tem uma novidade, essa novidade é de interação, tanto é que colocaram lá no grupo uma foto da gente se abraçando. Eu sinto que uma acaba ajudando a outra nas atividades...eu não tenho coordenação motora, eu não consigo fazer, mas quando você coloca um gás as outras vão tomando gás também (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Silva *et al.* (2019) argumentam que a relevância das práticas corporais auxilia a saúde dos usuários em termos de reinserção social, autonomia e incorporação das atividades no cotidiano. De acordo com Oliveira *et al.* (2017c), a intervenção com estas práticas é capaz de promover efeitos consideráveis na saúde e um melhor enfrentamento das atividades cotidianas por parte dos pacientes acometidos. A partir de ambos os autores, entende-se que as práticas corporais são capazes de fomentar a longo prazo formas mais saudáveis e com autonomia de se apropriar do próprio corpo.

Os usos sociais dos corpos, na concepção de Daolio, Rigoni e Roble (2012) e Daolio (2020), nos pressupostos das técnicas corporais de Mauss (2017a), não devem ser interpretados como apropriações utilitaristas à serviço de fins individuais, calculistas e econômicos, características contrárias ao paradigma da dádiva. Para os autores, as técnicas corporais distanciam-se do utilitarismo e de um viés impositivo para ter por finalidade se aproximar de um aprendizado imerso na coletividade, encarnando a totalidade do fato social que se exprime nas dimensões sociais, psicológicas e fisiológicas. A intenção nesta forma de interpretar as técnicas, os gestos e os movimentos, repousa em distanciar-se da ênfase biológica que sempre recaiu sobre o corpo.

Ações que mobilizem a retomada da autocompaixão, que empoderem as pessoas para a retomada das suas potencialidades. Informação teórica e práticas que viabilizem a percepção do corpo e das emoções (57 anos, professora de Educação Física/coordenadora do TIF, Rio de Janeiro).

Sob a ótica de Daolio, Rigoni e Roble (2012), Daolio (2020) e Mauss (2017a), as práticas corporais de saúde do TIF podem ser lidas como percursos de construção de corpos e gestos, mas que se vinculam de modo individual nas histórias e condições de estar no mundo dos sujeitos, conforme uma das entrevistadas argumentou ainda no início deste tópico de discussão. Tratam-se de aprendizados pela prática do movimento humano, onde o sujeito reinterpreta o corpo e o processo saúde-doença. Daolio e colaboradores enxergam também no conceito de *habitus* a ideia de incorporar um aprendizado em termos de gestos e comportamentos no sentido prático, a partir de experiências socializadoras.

Para Bourdieu (1992, 2007a, 2007c), a forma que o ser humano percebe e lida com os próprios corpos repousa no *habitus*, nos princípios ou estruturas constituídas a partir das experiências socializadoras. Um esquema corporal que funciona como sistema de regras interiorizadas que organizam a relação do sujeito de um grupo com o seu próprio corpo, justificando e explicando diferenças encontradas em termos de consumo médico, comportamento sanitário, alimentação, cuidado com o corpo, percepção do processo saúde-doença e prática de exercícios físicos e esportes (BOLSTANKI, 2004). O uso social do corpo não pertence a uma teoria naturalista das funções, mas sim a teoria que inclui o princípio gerador e unificador dos comportamentos e de práticas.

As práticas, por sua vez, na perspectiva de Bourdieu, são condicionadas pelo *habitus*, equivalem à reprodução das estruturas incorporadas corporalmente pelos sujeitos. Não se vinculam aos atos da consciência individual, livre, deliberada, pois é resultante de uma inscrição no corpo sob a forma de esquema de percepção e de disposição. Entretanto, também não se relacionam às reações mecânicas, de causa e efeitos, diretamente determinada pelas condições socialmente inscritas antecedentes e inteiramente irreduzíveis ao funcionalismo mecânico de esquemas preestabelecidos, modelos, normas ou papéis (BOURDIEU, 2002, 2007a).

Ao mesmo tempo que as práticas podem ser lidas como as condições de atualização de um determinado *habitus*, são as mesmas que inserem os sujeitos na reflexividade da ação, na construção da ação social capaz de enfrentar as situações do cotidiano (BOURDIEU, 2002, 2007a). Em outras palavras, as práticas são as ações sociais elaboradas pelos sujeitos perante à coletividade, diante da ilusão do automatismo do *habitus*, que os inserem na reflexividade da ação dos usos sociais do corpo. As práticas corporais de saúde do TIF são as ações sociais estratégias, elaboradas pelas pacientes com fibromialgia no encontro com os professores e estagiários de Educação Física, que promovem um enfrentamento do sofrimento produzido

pela fibromialgia e a incorporação de novos usos sociais dos corpos em termos de técnicas corporais.

Eu não nunca pensei que conseguiria chegar nessa autonomia, mas o processo entre aspas é devagar, porque todo dia que a gente vem aqui a gente está diferente, tem a questão da dor, tem dia que está doendo mais, tem a questão do ânimo também que influencia e a disposição também, mas como o grupo está maior e estamos com autonomia eu estou gostando sim, essa autonomia a gente leva até para rua e para casa, antes eu ficava meio indecisa de fazer as coisas, será que eu vou conseguir? Agora eu já consigo pensar que vou conseguir (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

A gente aprende muito a alongar para fazer em casa, eu praticamente não faço, só quando estou com muita dor, porque é uma coisa que a gente aprende e precisa viver ali naquele foco. E para mim ainda facilita mais porque nas segundas e quartas eu vou na clínica da família, é bem leve, não é muito esforço e nem nada, mas aquilo lá me ajuda um pouco, ai consigo ficar com a semana completa, mas ajuda muito (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Eu tive um conhecimento maior sobre a doença, agora eu vejo que é fundamental praticar exercício físico, antes eu não gostava, tem me ajudado muito estar reunido em grupo...fiquei tão contente no dia da avaliação física, eu tive que sentar no chão e esticar meu corpo, fiz 3 vezes...ele disse: nossa, a senhora foi muito bem. Fui um das primeiras que consegui aquela medida, na terceira fui muito bem, ele elogiou minha flexibilidade, ai eu falei para ele que quem me ensinou foi a professora. Ai ele falou que eu aprendi bem, ai respondi que estou fazendo para aprender (...) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

De acordo com Kandt (2018), determinadas práticas saudáveis podem ser impulsionadas por sistemas de disposições duráveis capazes de inclinar os agentes sociais para o engajamento ou desengajamento. Assumpção e Golin (2016), por sua vez, destacam que a prática de exercícios e, por conseguinte, a incorporação associam-se a longos, lentos e contínuos processos de socialização. Entende-se a trajetória dos sujeitos em projetos de saúde como experiências socializadoras que impregnam vivências de maneira sutil no modo de perceber e se apropriar do corpo. Entretanto, vale ressaltar mais uma vez o *habitus* enquanto permanência, continuidade e estabilidade, e não apenas atividades e comportamentos passageiros no que diz respeito à prática de exercícios.

Para Silva (2014), a intervenção a partir de práticas corporais sustenta uma ação na busca por condições de saúde e bem-estar, dentro de uma perspectiva que visa a formação integral do ser humano. Estas práticas expressam-se fundamentalmente no corpo, apresentam um enraizamento sociocultural e ocorrem, em geral, em momentos de tempo livre ou terapêutico, distanciando-se das atividades rotineiras do cotidiano. As características lúdicas e de cuidado possibilitam potencialidades pedagógicas e terapêuticas, pois colocam em jogo os sentidos e percepções dos praticantes que por vezes ficam esquecidos na realização de outras práticas.

Por conta disso devem estar voltadas à promoção da saúde e articuladas aos próprios usuários que dela usufruem, compreendendo a saúde e a doença como um processo que perpassa a vida (MENDES, CARVALHO, 2015a). O ingresso nas práticas corporais modifica de maneira significativa a forma que pacientes com fibromialgia encaram o adoecimento e a saúde, inclusive o vasto pacote sintomático da síndrome. As práticas corporais de saúde do TIF inserem-se em usos sociais dos corpos alinhados às necessidades do processo saúde-doença da fibromialgia, onde novas formas de olhar os corpos e saúde são permitidas e construídas.

De tudo um pouco, eu gosto mais da dança, adoro dança porque sou muito festeira e alegre, até comentei com a minha filha, eu vou entrar de férias na UERJ e já estou ficando até triste, porque o que eu vou fazer? Eu até comecei a fazer caminhada nos outros dias que não venho para cá, mas aí começou a me doer o joelho, aí comecei a reparar que a rua é desnivelada, aí fiquei pensando no que vou fazer nas férias, aí minha filha falou em dança, mas sou toda descoordenada (...) (56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

4.3.2 Dor crônica: entre a negociação e o esquecimento na inserção no TIF

Deus me livre, é uma coisa até difícil de falar, é tudo de ruim, deus que me perdoe, é como as pessoas falam nas reuniões porque você fica sendo uma pessoa deslocada, discriminada, criticada, principalmente pela família que é verdade, para você ter uma ideia às vezes eu to falando no telefone e reclamo de dor, mas a pessoa do outro lado já reclama, ela não entende, fala que só vivo com dor (...) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

De acordo com Mattos (2015), a dor crônica da fibromialgia perpassa as mais diversas formas de socialização dos pacientes, pois ao passo que gera sofrimento, adoecimento e ausência de legitimidade, pode funcionar também como comunicação e ressignificação que se constrói coletivamente no encontro com o outro nas práticas corporais. O autor está sugerindo que é pela dor crônica que o paciente experimenta o adoecimento, mas que também é pela mesma que as relações socializadoras se estabelecem e proporcionam novas formas de enfrentamento. O dom da hospitalidade, reconhecimento e conversação servem de respaldo para tal afirmativa, pois traduzem a importâncias das relações de troca no processo terapêutico da fibromialgia e dor crônica.

Silveira (2000) parece seguir o presente pressuposto quando escreve que a dor crônica, enquanto sintoma de uma síndrome, traduz os conflitos e ações de pacientes no âmbito do processo saúde-doença. Em outras palavras, a experiência do adoecimento não deve ser interpretada ou lida pelo viés que anula a participação dos protagonistas no processo, como se os mesmos não se apropriassem do conjunto sintomático no âmbito relacional. Quando Caillé (2002, 2014) propõem a teoria da dádiva, enquanto terceiro paradigma, está sugerindo que são as relações de troca contemporâneas que inauguram a participação do sujeito na trama social. No caso da dor crônica, a mesma não pode ser reduzida ao individualismo metodológico, onde o sujeito seria o único responsável por seu estado de saúde, e nem ao holismo, pois tratar-se-ia de um indivíduo sem reflexividade da ação perante o adoecimento.

A dor crônica é a manifestação de um sofrimento incompreendido pela sociedade, entretanto, segundo Le Breton (2013), é a mesma que recorda o valor da existência dos sujeitos, traduzindo-se em uma verdadeira tentativa de busca por alívio a partir de determinadas terapêuticas. Em via de concordância com o referencial de Caillé (2002), Le Breton (2013) a insere na esfera simbólica da vida social, pois é a partir das relações que o sujeito estabelece com o mundo e com as outras pessoas que a dor ganha sentido. Sob à ótica da teoria do dom, a dádiva é o símbolo enraizada por sentidos que se esclarecem no momento das movimentações.

Nas entrevistas abertas as pacientes com fibromialgia ressaltaram a dor crônica como o principal motivo de busca ou movimentação pelas terapêuticas do TIF:

A dor foi o principal motivo, porque como eu fiz lá na reumatologista do Piquet Carneiro, ele prescreveu para o Fisioterapeuta, ai quando eu fui chamada o fisioterapeuta diagnosticou naquela cartinha, ai ele mandou eu ir dando as cartinhas para fulano, uma lá para a clínica da família, ai que eu fui saber que era fibromialgia, mas eu não sabia nem falar o nome, ai ele falou para eu ir para a UERJ: lá tem um tratamento tanto pelo acompanhamento com o grupo quanto pelos exercícios que. ENTÃO EU VIM PELA DOR. O nosso padre fala que quando não vai pelo amor, vai pela dor. Então foi pela dor mesmo (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

A dor foi um motivo, porque eu tomava um monte de medicação e não adiantava, eu sentia dor o tempo todo e não conseguia fazer as minhas coisas, o ideal era encontrar aqui um tipo de tratamento que me fizesse bem e me deixasse viver bem....e vou te falar, um dia IREI ME LIVRAR DE TODOS ESSES REMÉDIOS, TO TE FALANDO (...) (56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2020), os pacientes se apropriam de algumas estratégias nos momentos de gerir a dor, onde o recurso a medicina tradicional (racionalidade biomédicas) e à medicação analgésica recebem destaque na primeira linha de gestão. Os autores entendem estas movimentações a partir da própria percepção da eficácia que os

pacientes possuem sobre estas práticas. Ou seja, o recurso ao medicamento ou ao médico, apesar de estratégias biomédicas, constroem-se nas experiências coletivas dos sujeitos no universo na dor crônica e do adoecimento, conforme Mattos (2019) também sugere. Em diferentes culturas determinadas práticas são construídas como legítimas ou não no tratamento de doenças. O recurso à fisioterapia também é comentado pelos autores como estratégia de gestão da dor.

O recurso às medicinas complementares alternativas, como, por exemplo, a acupuntura, homeopatia e medicina ayurvédica (LUZ, 2005), também fazem parte do universo de possibilidades dos sujeitos, principalmente quando os mesmos têm reservas quando ao uso de medicação (efeitos adversos e perigo de adição). Em uma das conversas informais durante a observação em campo, por exemplo, uma das pacientes declarou que detesta tomar remédios para dor, muito por conta de experiências passadas desagradáveis perante os efeitos adversos e também da baixa resolução de problemas, e por conta disso apropria-se das terapêuticas alternativas (massagem, acupuntura e meditação) para se tratar.

Em outras palavras, a dor crônica se traduz também em uma experiência subjetiva que solicita enraizamento sociocultural. Os pacientes com fibromialgia, comumente insatisfeitos com a biomedicina e suas técnicas clínicas (diagnose e terapêutica), incorporam tal pressuposto, de acordo com Oliveira *et al.* (2017a), Belardo e Camargo Junior (2018) e Mattos (2015). A conturbada relação médico-pacientes observada por estes autores em suas pesquisas também apareceu no presente estudo, tanto nas entrevistas quanto nos relatos pela observação em campo. De certa forma, a eficácia específica (TESSER, LUZ, 2018) dos atuais procedimentos, diagnósticos e terapêuticos, da biomedicina não produz alívio às pacientes.

O não reconhecimento da sociedade e dos entes mais próximos da doença e como os acomete, fazendo-os se sentir isolados e desvalorizados nas suas queixas; as flutuações da doença (43 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

Não compreensão do entorno, principalmente da família e de serviços de saúde não especializados em fibromialgia (35 anos, Psicóloga, Rio de Janeiro).

No âmbito das eficácias de procedimentos terapêuticos no campo da saúde, destaca-se a eficácia simbólica, enquanto processo de interação social entre os envolvidos pode ser um caminho para o tratamento de certas enfermidades, principalmente em síndromes ou doenças que escapam aos caminhos terapêuticos construídos historicamente como convencionais (LÉVI-STRAUSS, 2017a; LE BRETON, 2013). Rodrigues *et al.* (2020) não mencionam a eficácia simbólica propriamente dita no estudo, porém mencionam que pacientes buscam socialização/interação social no conjunto de estratégias de gestão da dor.

Tesser e Luz (2018) promovem um entendimento sobre a eficácia simbólica no campo da saúde, a partir de três aspectos importantes: 1- o sujeito adoecido leva ao terapeuta suas dores e sintomas, acompanhadas de suas crenças e expectativas, no momento que entende a necessidade de serviço especializado e profissional com legitimidade para tal; 2- o terapeuta que acolhe e legitima as dores e o sintoma é membro de uma tradição terapêutica com respaldo da sociedade e reconhecido pelos pares; 3- resulta da interação destes dois aspectos, quando o oferecimento da interpretação pelo terapeuta envolve e engaja o adoecido, de forma convergente com as crenças do mesmo, proporcionando uma reorganização simbólica e emocional dos medos, angústias e ansiedades. Para os autores, este esquema promove a cura, a partir da mobilização de processos simbólicos, emocionais e fisiológicos.

Apesar de não existir uma cura para a fibromialgia, entende-se a eficácia simbólica, por meio de habilidades comunicativas ou reinserção do sujeito no centro da relação terapeuta-paciente, como um caminho que possibilita melhor intervenção sobre a dor crônica e qualidade de vida para as pacientes. Entretanto, conforme Tesser e Luz (2018) comentam, deve existir um diálogo entre o que se entende por eficácia simbólica e eficácia específica (relacionada aos efeitos terapêuticos da racionalidade médica ocidental - biomedicina), sem rejeitar e nem aderir à noções da biomedicina, pois ambas são úteis e permitem um intervenção terapêutica adequada.

Ao mesmo tempo que a eficácia específica é fundamental, pois a literatura sugere efeitos positivos na fibromialgia em termos de controle da dor e do quadro sintomático (MACFARLANE *et al.*, 2017; SALVAT *et al.*, 2017), apostar na história, crenças e angústias dos pacientes com fibromialgia, características da eficácia simbólica, também tem respaldo no tratamento da dor crônica (MATTOS, 2015; Oliveira *et al.*, 2017a; SOUZA, LAURENTI, 2017). Mauss (2017c) adiciona que um determinado ato médico ou terapêutico vincula-se tanto à eficácia simbólica das palavras quando a eficácia mecânica dos procedimentos quando articula os referenciais técnicos e mágicos.

A necessidade de não precisar justificar as fortes dores crônicas no TIF pode ser um indício da presença da eficácia simbólica, pois os professores e profissionais de saúde depositam confiança nos sintomas das pacientes:

Acho que acreditar em um bem-estar e não na cura. Eu acho que por essa empatia, o mais importante não é chegar no final, é o hoje, o processo, não é uma coisa que você tem cura e daqui a três meses comemorar que passou por isso e está curada, não é isso, como não tem essa cura no final, o processo passa a ser o mais importante, aí a empatia, o bom humor, isso tudo influencia para que aquele seu momento presentes seja o momento do seu bem-estar (sic) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Acreditam, elas sempre conversam, sempre guiam a gente, estimulam nos dias difíceis e até mesmo quando não dá para fazer alguma coisa... aqui existe a preocupação quando você começa a faltar muito, eles já começam a te ligar, então uma preocupação muito grande com a gente e com o que a gente sente, então eles depositam muita fé e muita força... mesmo que a dor não passe, mas a cabeça fica bem melhor, aquele estresse, a depressão, a preocupação, a gente fica bem melhor, a gente se sente gente. (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Le Breton (2013), em conformidade com as ideias de Lévi-Straus (2017a) e Tesser e Luz (2018), convida os profissionais de saúde à posturas mais compreensivas no tratamento da dor crônica, principalmente quando o relato do paciente é uma das poucas alternativas viáveis. Ou seja, a crença em um tratamento ou cura deve perpassar os sujeitos envolvidos no processo, tanto os pacientes e familiares quanto os profissionais de saúde. A objetividade na busca pelo diagnóstico ou tratamento da dor não deve realizar-se em oposição às questões subjetivas dos pacientes.

A compreensão da dor crônica sob a égide da eficácia simbólica parece estruturar as ações de saúde do TIF, onde inclui-se as práticas corporais de saúde. A prescrição das práticas corporais, pela professora e estagiários da Educação Física, em termos de montagem das

aulas, seleção dos exercícios e intensidade do estímulo, constrói-se de acordo com as demandas subjetivas das pacientes, principalmente no quesito dor crônica. As práticas atuam como um processo de interação social, incluindo a dor crônica como sintoma fundamental e que requer atenção. As habilidades comunicativas, de compreensão e a reinserção das pacientes no centro do tratamento, conforme sugerem Tesser e Luz (2018), ocorrem nas práticas corporais.

Em uma das aulas de práticas corporais, uma das pacientes relatou algumas questões familiares como motivo das últimas faltas e mencionou que estava sentindo dor nos joelhos por conta de uma queda no banheiro. Conforme mencionado anteriormente, as pacientes sentem-se à vontade para falar com os professores e estagiários, seja por conta do dom do reconhecimento ou conversação. Entretanto, vale a pena frisar neste momento a forma como as aflições, dificuldades e angústias das pacientes são incorporadas durante as práticas corporais de saúde. Na aula desse dia, por exemplo, o estagiário responsável ministrou as atividades em conformidade com a situação das pacientes, com ausência de cobranças excessivas e atividades mais lúdicas e cooperativas.

Comumente os estagiários e a professora organizam-se para atender com qualidade as pacientes que não estão nos melhores dias, algo extremamente comum no caso da fibromialgia e dor crônica. Enquanto um estagiário ministra as atividades da aula, os outros, em geral dois, auxiliam as pacientes que estão com dificuldades e sugerem formas de execução alternativas, caso necessário. As principais atividades utilizadas na tentativa de reinserir as pacientes são as lúdicas, como a dança, circuitos, estafetas e jogos. A execução da técnica propriamente dita acaba não sendo o fator preponderante, apesar de existir obviamente a preocupação com as lesões.

A técnica que predomina nas práticas corporais é a sugerida por Mauss (2017a) e Daolio (2020), onde uma noção sociocultural de aprendizado pelo corpo não se reduz ao movimento corporal biomecânico e fisiológico. No caso da fibromialgia, o aprendizado sociocultural das técnicas corporais esbarra nas dificuldades proporcionadas pela dor crônica. Entretanto, Rodrigues *et al.* (2020) relatam que a prática de exercícios, a partir de caminhadas, exercícios posturais e alongamentos, também podem ser lidas como estratégias desenvolvidas na gestão da dor. Na realidade, a inserção das pacientes nas práticas corporais de saúde ocorre a partir de uma negociação com a dor:

Sim, sim, tem dia que eu chego aqui com dor, mas sei que é preciso forças um pouquinho mais, porque...para poder eu ficar bem, até

mesmo para eu poder trabalhar depois daqui, porque quando eu fico parada e não reajo é pior, ficar parada é pior, eu sinto mais dor na hora do trabalho, parece que eu não estou aquecida, então ajuda na dor (sic) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

EXISTE! Porque ai quando eu levanto eu já fico martelando! Eu estou com dor, mas eu preciso ir, EU TENHO QUE IR, ai eu fico repetindo isso, nem que eu faça apenas a metade da aula, ai eu tento trabalhar isso, mesmo sabendo que às vezes não tenho vontade de ir, mas eu paro e converso comigo, então todo esse trabalho funciona comigo e tentar fazer o que é preciso fazer (...) (69 anos, solteira, aposentada, Rio de Janeiro).

É difícil, eu converso comigo mesma, mas eu vou sentir mais dor se eu ficar parada, então quando para é pior, porque sente mais dor, ai é muita dor, muita dor, ai toma um comprimido aqui, ai vou levando, essas últimas semanas que eu passei pelos aparelhos eu senti mais dor que nas semanas anteriores. Eu tenho que ir para frente, eu não posso parar (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

As pacientes relatam uma negociação na forma de lidar com a dor crônica no tratamento com práticas corporais de saúde. Ao mesmo tempo que a dor é um entrave para a participação, as pacientes entendem que ficar parada ou abrir mão das aulas pode ser um problema para as dores corporais. De acordo com Le Breton (2013), a negociação é uma prática ou habilidade comunicativa presente no engajamento de pessoas nas práticas esportivas e de exercícios. O antropólogo sustenta que o exercício físico ou a prática de esporte, que vai além dos esforços habituais do dia a dia, envolve uma negociação pessoal com o limiar de dor suportável.

Se a dor pode ser entendida como um sacrifício para alguns atletas, num contexto simbólico que envolve a possível conquista de uma medalha ou premiação, para as pacientes com fibromialgia a negociação envolve reduzir o impacto do quadro sintomático da fibromialgia a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida e reinserção social. O atleta, de uma forma geral, não pode fugir da dor, pois a intenção é dominá-la para alcançar as metas,

conquistar troféus e garantir respaldo social. O atleta vitorioso é aquele que consegue superar todos os obstáculos e etapas, negociando com a dor e copo (LE BRETON, 2013).

De acordo com Silva e Ferreira (2019b), no âmbito das práticas corporais, esportivas e estéticas, a dor pode fazer parte de um ritual de iniciação. Os autores entendem, a partir de um viés antropológico, que entre alguns participantes de práticas corporais em academias de ginástica as maneiras de lidar ritualmente com a dor traduzem-se como estratégias para participar de um determinado grupo, onde a questão do gênero recebe destaque. Para Le Breton (2013), alguns ritos de passagem, como a transição da juventude à idade adulta, são extremamente dolorosos, sendo a resistência do sujeito parte do papel que o mesmo desempenhará em outras etapas da vida social.

Os estudos de Silva e Ferreira (2019a, 2019b) e Le Breton (2013) tornam-se interessantes para a presente discussão quando ressaltam alguns usos sociais a partir da dor crônica que os sujeitos realizam, seja em uma prática corporal ou em um rito de passagem para a idade adulta. Na fibromialgia não há a opção de fugir da dor, pois conforme Mattos (2015) sugere é um sintoma que acompanha os pacientes 24 horas por dia, até mesmo na hora de dormir, logo a negociação constrói-se como um uso social no engajamento em estratégias terapêuticas saudáveis.

A negociação com a dor por parte de pacientes com fibromialgia ou outros que também sofrem por este sintoma, no qual Silveira (2000) nomeou por doente dos nervos, não se resume à prática de exercícios ou terapêuticas, pois ocorre também em outros âmbitos e relações sociais. Para Silveira (2000) e Mazo e Estrada (2019) a negociação ocorre nas relações conjugais que as mulheres com fibromialgia experimentam, seja na tentativa de fortalecer a relação com os esposos, quando as pacientes evitam comentar ou reclamar, ou demandar atenção e vantagens. A dor que se insere nas relações conjugais problemáticas proporciona também alguns usos sociais alternativos de negociação, pois Silveira ressalta que algumas mulheres se apropriam dos sintomas a fim de conseguirem alguns bens em determinadas dinâmicas sociais.

As estratégias de negociação perante a dor da fibromialgia podem determinar o impacto da síndrome sobre a qualidade de vida e saúde dos pacientes acometidos, a partir de Mazo e Estrada (2018). Durante as práticas corporais um ponto interessante foi observado e conversado informalmente com as pacientes no que diz respeito à negociação que as mesmas desempenham perante à dor, o que de certa forma se aproxima de Mazo e Estrada (2018): as pacientes estabelecem e constroem algumas metas e limites durante as práticas corporais do TIF.

Em alguns momentos da aula era comum alguma paciente optar por sentar na cadeira durante alguns instantes e retornar para as atividades posteriormente. As pacientes relatam que sentar nos bancos ou cadeiras são formas de descansar o corpo ou aliviar as dores, mas ao mesmo tempo ainda possibilita o contato com as colegas de turma e um possível retorno às atividades após um período de descanso. Uma das pacientes me contou, ainda na turma de Transição, que não conseguia realizar a aula toda por conta do cansaço das pernas, mas que o sentar na cadeira durante alguns minutos permitia uma participação mais completa nas aulas.

Em outras palavras, sentar na cadeira por alguns minutinhos, tomar um ar e relaxar as pernas são estratégias que as pacientes desenvolvem na negociação com a dor, pois ao mesmo tempo que às vezes é difícil realizar a aula por completo, principalmente nas fases iniciais do tratamento, abandonar a aula seria uma espécie de se entregar à dor. Entre abandonar a aula ou chegar próximo ao limite, a paciente optou por descansar por alguns instantes e retornar posteriormente às práticas, estabelecendo uma espécie de meta no que diz respeito a participação práticas corporais.

A professora e os estagiários também desempenham um papel interessante nestas estratégias, pois a negociação vincula-se aos dons da hospitalidade, reconhecimento e conversação, que perpassam as práticas corporais do TIF e constituem as relações entre as pacientes, professora e estagiários. A forma que uma paciente com fibromialgia negocia com a dor durante as práticas corporais constrói-se a partir das dádivas simbólicas que são oferecidas às mesmas, pois é o momento que as dores são reconhecidas, acolhidas e “escutadas”. O ciclo da tripa obrigação insere as pacientes com fibromialgia em relações que se traduzem em usos sociais da dor na inserção em práticas corporais.

De acordo com Le Breton (2011), quando os sujeitos recebem determinadas ações de saúde por parte de profissionais, como a possibilidade de escuta ou fala, há uma oportunidade por parte do mesmo de utilizar socialmente a sua dor. A negociação não é uma prática individualista do sujeito, próxima do individualismo metodológico apontado por Caillé (2002), mas uma estratégia que se consolida essencialmente no encontro entre pacientes, professora e estagiários, onde a dor crônica recebe os reconhecimentos pelas dádivas transmitidas.

Eu falo com a professora e ela já evita vários tipos de exercícios mais pesados, usa outras variações. Ela me acompanha, vai fazendo ali comigo coisas bem mais leves, principalmente naqueles que eu vou lá e abaixo a perna e levanto a perna. Tem dias que eu não aguento

fazer aquele ali, ELA ATÉ PERCEBE! Quando eu estou puxando da perna ela já fala: Eu sei que não está muito bem, né? Se está doendo tudo aí vamos parar e alongar para dar uma aliviada. Aí me colocar para sentar, eu fico um tempo lá no banquinho descansando. Então esse tipo de ajuda me faz com que eu melhore um pouco, (...) (59 anos, casada, costureira/doméstica, Crateús - CE).

Eles pedem para a gente parar a atividade, relaxar, se precisar aferir pressão, pedem para beber água, a gente participa só do alongamento, eles estão sempre observando, quando eles observam um semblante diferente ou outro ritmo aí eles pedem para gente sentar ou solicitam alguma coisa alternativa ou diferente...eles sempre observam (...) (42 anos, casada, cabeleireira, Rio de Janeiro).

Oferece os exercícios, as atividades e também o acolhimento, porque é importante estar no meio de pessoas que sabem que você não está fingindo nada, tanto as colegas quanto os profissionais...eles pedem para gente não fazer muitos exercícios, conversa com a gente, aí a professora passa algo mais leve, exercícios mais leves, mas não somos obrigadas, quando tem um exercício que não me sinto confortável elas não me obrigam a fazer (...) (70 anos, viúva, tarefas do lar, Rio de Janeiro).

O exercício físico enquanto prática corporal de saúde, cuidado e acolhimento, sob a ótica de Oliveira *et al.* (2017a), do professor de Educação Física, no trato com a fibromialgia, torna-se uma intervenção que promove novos entendimentos no que diz respeito às dores crônicas das pacientes. As novas formas de olhar e se apropriar do corpo possibilitadas pela inserção nas práticas corporais conduz as negociações que as pacientes estabelecem com as dores crônicas. As estratégias estruturadas pela professora de Educação Física e estagiários, no âmbito relacional com as pacientes, como os alongamentos, exercícios de relaxamento e variações de execução, funcionam como técnicas do corpo de cunho educativo, tradicionais e eficazes, no trato com a dor.

É a inclusão da dor crônica no circuito da troca de dádivas e, por conseguinte, seu reconhecimento que possibilitam as pacientes negociarem com as mesmas no âmbito das práticas corporais. A partir do momento que os dons de reconhecimento e hospitalidade são recepcionados, as pacientes participam desta gestão social da dor com a finalidade de participar do tratamento e buscar uma melhor qualidade vida. A negociação é entendida como uma prática social relacional, pertencente aos laços de sociabilidade, que a teoria do dom funda no dar, receber e retribuir.

A partir de Caillé (2014), mais precisamente do entendimento do dom como operador de reconhecimento, é possível utilizar tal entendimento para a negociação com a dor. Se para Caillé o reconhecimento funcionava como operador de legitimidade dos sujeitos dos clãs envolvidos nas trocas de dádivas, de tal modo que evitava guerras e selava paz, no presente estudo entende-se tal reconhecimento como mediador das negociações das pacientes com o corpo e as dores crônicas, abrindo caminho para novas formas de interpretação e apropriação deste sintoma conturbado.

O reconhecimento atua, conforme Martins (2011a) sugere, para legitimar a necessidade de algum paciente no processo saúde-doença. Quando a paciente com fibromialgia, no movimento de troca de dádivas, passa a experimentar o reconhecimento da dor crônica, a legitimidade posta em jogo proporciona novos caminhos para lidar com este sintoma nas práticas corporais e no dia a dia. A ausência do dom do reconhecimento no tratamento da fibromialgia limita as relações e cuidados que as pessoas estabelecem com a saúde e com o adoecer, pois a relação terapêutica não supõe o simbolismo no trato com a dor crônica.

De acordo com Canesqui (2018), os adoecimentos de longa duração, onde a fibromialgia se enquadra, promovem experiências de legitimidade e não legitimidade com o sofrimento. Para a autora, a partir da fala de adoecidos e profissionais de saúde, a dor crônica situa-se nas relações que os sujeitos estabelecem com os serviços de saúde, implicando algumas ambiguidades, pois ao mesmo tempo que massacra a identidade dos acometidos reflete também a possibilidade da volta por cima. Além do mais, o artigo destaca o que já foi discutido no presente estudo, no que diz aos movimentos das pessoas por ações legítimas de saúde, como a inserção no TIF, por exemplo.

Os sofrimentos de cunho crônico podem ser interpretados pelos caminhos que os sujeitos adoecidos percorrem na intenção de buscarem legitimidade para seus sintomas e práticas de cuidado em saúde, na concepção de Del Monaco (2013). Ao mesmo tempo que determinados quadro sintomáticos interferem negativamente nas formas que os usuários de

saúde interagem com os mais diversos âmbitos da vida social, como o trabalho, o domicílio e até mesmo os setores de saúde, alguns tratamentos de saúde são capazes de promover, em conjunto com os pacientes, alguns cuidados com o corpo, saúde e dor que se traduzem em legitimidade das queixas, pois os usuários de saúde relatam a falta de legitimidade enquanto parte do sofrimento.

A legitimação de determinadas queixas, demandas e sintomas é um processo que os pacientes vivenciam nas práticas de cuidado em saúde, sendo que na fibromialgia não é diferente. Quando os sujeitos experimentam práticas legítimas de cuidado, principalmente no que diz respeito aos sofrimentos que as acometem, determinadas ações de autoridade em relação ao processo saúde-doença são processadas e executadas. Uma paciente com fibromialgia passa a negociar com a sua dor, pois entende, a partir da relação com o TIF, que este sintoma não é algo de fora que precisa ser eliminado, mas um sinal que fará parte da sua vida cotidiana, e o seu papel na necessidade de se apropriar de certos cuidados (DEL MONACO, 2013; CANESQUI, 2018).

Conhecimento para o autocuidado, reconhecimento dos fatores desencadeadores das crises álgicas, das vulnerabilidades dos quais se encontram expostos, e como se protegerem para os enfrentamentos da doença, na dimensão física, psíquica, emocional e espiritual. Bem como, orientação sobre o processo de alimentação com consciência, os exercícios físicos adequados, os estilos de vida e modos de viver que fazem tida diferença (60 anos, Enfermeira, Rio de Janeiro).

Del Monaco (2013), em conformidade com as ideias de Mattos (2015), sugere que a dor crônica torna-se parte da biografia ou identidade dos sujeitos quando este sintoma se vincula às histórias e trajetórias de vida das pessoas. De uma certa forma, os pacientes relacionam-se com os outros e consigo mesmo pela dor, tanto em momentos pessoais, conturbados e de crise quanto nas trajetórias que percorrem nos serviços de saúde. Os autores registram uma dor que se torna linguagem, perante as atividades em grupo que partilham com outras pessoas sintomáticas, e também o próprio íntimo do sujeito.

De acordo com as pacientes entrevistadas, por mais que as experiências cotidianas as remetam à lembrança de uma dor que promove esquecimento do corpo e saúde, o TIF é capaz de promover um novo olhar sobre a dor que se traduz em esquecimento:

Isso, hoje eu estava conversando exatamente sobre isso com a minha irmã, porque eu fui tomar café da manhã com ela, ai ela me perguntou como estavam as dores, ai eu respondo que não estavam tão fortes como antes, eu acho que é porque estou constantemente com a mente e o corpo ocupados com uma coisa, antes eu ficava parada em casa pensando na dor, me privando de viver e de ter qualidade de vida, ai hoje não! PELO QUE EU APRENDI, EU TENHO ME EXERCITADO, AI EU ATÉ ESQUEÇO DA DOR, ISSO AQUI TEM ME AJUDADO MUITO (sic) (61 anos, viúva, aposentada, Rio de Janeiro).

Porque eu acho legal você poder falar da dor, mas estou aqui mais para ouvir do que para falar, eu me identifico na conversa, faço comentário, mas acho que é o momento de esquecer a dor, por mais que todos tenham, é o momento de esquecimento, acho que é o direito ao esquecimento, não tem cobrança, esse esquecimento é extremamente sadio, porque todo mundo aqui sente dor, então é diferente do que acontece na família que a dor é sinônimo de “ai meu deus”, aqui todo mundo tem, então existe uma naturalização do assunto, como se estivéssemos falando de uma receita de bolo, então você conversa de forma natural, não tem um ai meu deus (sic) (44 anos, solteira, fotógrafa/desempregada, Rio de Janeiro).

Eu não preciso provar nada para ninguém, eu não tenho que ficar provando, aqui eu consigo ser eu na essência, EU SOU A FULANA QUE FREQUENTO A UERJ, essa SOU EU! E lá fora você tem que até medir palavras, ver como vão reagir, é difícil. Então aqui na UERJ tem esse esquecimento da dor, porque a dor passa a ser um ponto secundário a partir do momento que as meninas passam a ser escutadas, os profissionais entendem e compreendem essas dores, ai ela fica em segundo plano, isso tudo ocorre e melhora e muito a nossa

qualidade de vida, aqui somos nós que ficamos em primeiro lugar (...)
(56 anos, casada, ateliê próprio, Rio de Janeiro).

A partir das pacientes, os esquecimentos proporcionados pelas experiências cotidianas e pelo TIF são diferentes e não devem ser confundidas. O esquecimento cotidiano diz respeito à falta de legitimidade da dor nas relações sociais que as pacientes estabelecem, configurando o inverso da eficácia simbólica. A dor não recebe os dons necessários para se traduzir em reconhecimento, hospitalidade e conversação, logo o esquecimento sugere um afastamento dos cuidados com o corpo e a saúde, como bem sugere Mattos (2019). Quando a dor não encontra um suporte simbólico, sob a ótica tridimensional do fato social total, nas práticas cotidianas e também nas de saúde, o esquecimento de si pode se apresentar.

No caso do TIF, o esquecimento funciona de uma outra forma, não se vinculando à ilegitimidade e não proporcionando uma negligência do corpo e da saúde, pois inaugura uma possibilidade diferente de lidar com as dores corporais. São as compreensões sobre a dor crônica das ações de saúde do TIF, assentadas no simbolismo do circuito da dádiva, que proporcionam uma alternativa ao esquecimento. As práticas corporais de saúde operam enquanto espaços de movimentações corporais e trocas simbólicas, onde o paciente que sente e percebe a dor é o protagonista.

A dor crônica não é ignorada ou deslegitimada pelos professores e profissionais de saúde do TIF, pelo contrário, pois as pacientes entrevistadas relatam que o direito ao esquecimento da dor ocorre quando o sintoma é reconhecido e acolhido (hospitalidade) nas práticas de cuidado em saúde. Entende-se que os dois tipos de esquecimento se apresentam de maneiras diferentes no cotidiano de pacientes com fibromialgia, a partir de experiências mediadoras/legítimas ou retóricas/ilegítimas (MARTINS, 2011a; MARTINS, PINHEIRO, 2011).

Os entendimentos de Martins (2011a) e Martins e Pinheiro (2011) sobre o cuidado metafórico e retórico podem ser extrapolados para a problemática da dor crônica, principalmente nas questões capazes de promover esquecimento. O esquecimento do corpo ou da saúde pode se relacionar com a concepção de cuidado como retórica, pois trata-se de um sujeito meramente receptor de conteúdos e acrítico, não constituindo-se dentro da ideia de um usuário de saúde legítimo e protagonista no processo saúde-doença. No caso da fibromialgia, trata-se da concepção de dor crônica aquém do simbolismo, pois não há espaço para o reconhecimento e, por conseguinte, esquecimento da dor.

As práticas de saúde do TIF envolvem-se com o cuidado enquanto metáfora, pois inscrevem as pacientes com fibromialgia em relações sociais repousadas no simbolismo da prática, sob os dilemas do dom, em um pressuposto de totalidade. A dor crônica passa a ser concebida em um sistema de trocas entre os atores sociais envolvidos, onde há crenças nos dizeres e dilemas das pacientes com fibromialgia. O pressuposto do esquecimento da dor durante as práticas corporais ocorre por conta do reconhecimento proporcionado pela metáfora do cuidado, pois há a ideia de um sujeito interlocutor nas ações e organizações de saúde (MARTINS, 2011a; CAILLÉ, 2014; RUIZ, SANTOS, GERHARDT, 2016). Entende-se que é a partir do sujeito interlocutor que existe a possibilidade de uma negociação com a dor que proporciona momentos de esquecimento.

Para Bernal-Mas e García-Corredor (2016), as interações e interpretações que perpassam as dores crônicas apresentam-se como fundamentais quando se pensa em invisibilidade e silenciamento do sujeito sofredor. Os autores entendem o silenciamento e a invisibilidade enquanto produtos das relações sociais ilegítimas que determinados sujeitos experimentam no trato com outras pessoas, em serviços de saúde ou no cotidiano. A dor torna-se silenciada ou invisível quando as narrativas e histórias do sofredor não são compreendidas, próximo ao contexto da retórica apontado por Martins (2011a) e da antropologia da dor de Le Breton (2013), mas distante do esquecimento proposto pelo presente estudo.

Se a invisibilidade e o silenciamento alinham-se ao que se oculta no contato e relações com a dor, como, por exemplo, em uma relação médico-paciente que não trabalha repousada no pressuposto do simbolismo (BERNAL-MAS, GARCÍA-CORREDOR, 2016), o esquecimento da dor é entendido como possíveis respostas às trocas simbólicas que as práticas de saúde do TIF podem proporcionar. É no momento que a dor não é compreendida como invisível na relação entre as pacientes e os profissionais de saúde, ou silenciada por práticas e discursos, que se abre oportunidade ao esquecimento como bem relataram as entrevistadas: *aqui somos nós que ficamos em primeiro lugar*.

A dor crônica das pacientes com fibromialgia do TIF transitam em um (in)visibilidade. É invisível às práticas retóricas de cuidado, como bem postulado por Martins (2011a), e silenciada pela ausência de simbolismo, sob a ótica de Bernal-Mas e García-Corredor (2016), caracterizando-se por um sintoma ilegítimo que não encontra eficácia simbólica (LÉVI-SATRAUSS, 2017a), onde a negociação torna-se uma prática difícil perante a invisibilidade do sofrimento causado por este sintoma. Le Breton (2013) postula a necessidade, a partir de

práticas e discursos, de tornar o visível o que rotineiramente é lido como invisível no cotidiano.

A visibilidade não deve ser confundida com o tornar visível as modificações de substrato anatômico para a diagnose, pois conforme abordado há uma ausência de marcadores anatomofisiológicos e bioquímicos na fibromialgia, mas interpretada a partir do deslocamento ao próximo (CAILLÉ, 2014), do cuidado metafórico (MARTINS, 2011a; MARTINS, PINHEIRO, 2011), do reconhecimento (RUIZ, SANTOS, GERHARDT, 2016), da hospitalidade (CAILLÉ *et al.*, 2019) e da conversação (CAILLÉ *et al.*, 2017). Em outras palavras, a partir do circuito do dom. Os momentos de esquecimento da dor, no pressuposto da negociação, funcionam na tripla obrigação do dar, receber e retribuir: uma das variadas formas de retribuição à dádiva do cuidado situa-se em negociar e experimentar momentos de esquecimento perante a dor.

CONCLUSÕES

O objetivo geral da pesquisa foi compreender o tratamento interdisciplinar e as práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia como um sistema de troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde, acolhimento e vínculo) que se estabelece entre as pacientes diagnosticadas com fibromialgia e os profissionais de saúde do TIF. O estudo foi desenvolvido com um conjunto de pacientes, todas mulheres, que ingressaram no TIF no ano de 2019, bem como os profissionais de saúde da Educação Física, Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Medicina que atuaram no Projeto neste ano. Tratando-se da natureza do estudo, importante destacar que foi imprescindível escutar as pacientes e os profissionais de saúde a fim de alcançar os objetivos da pesquisa.

Apesar das falas em destaque no decorrer do estudo marcarem as opiniões e perspectivas individuais das pacientes e profissionais de saúde acerca do TIF e da fibromialgia, vale ressaltar que são, no entanto, experiências socializadas. Em outras palavras, na linha argumentativa de Mattos (2019), assim como toda síndrome, enfermidade, acometimento ou problema específico de saúde, a fibromialgia não é uma condição da natureza humana, mas uma construção, que é sempre histórica, na convivência em sociedade. Mattos (2015) explorou tal problemática, por exemplo, quando descreveu uma recusa do regime social do trabalho inscrevendo-se no corpo de mulheres com fibromialgia.

Pode-se dizer que explorar o terreno da dádiva no processo saúde-doença da fibromialgia, mais precisamente na busca de pacientes por tratamentos eficientes e resolutivos, não se distancia de tal problemática, pois como bem sugerem Doebl, MacFarlane e Hollick (2020) as práticas de “não-cuidado” experimentadas rotineiramente por pacientes com fibromialgia ocorrem na convivência coletiva, na socialização com familiares, profissionais e serviços de saúde. Compreender um tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia sob a égide da teoria do dom é buscar os aspectos socializadores e de reciprocidade que garantem coesão social, qualidade de vida e bem-estar.

Belardo e Camargo Junior (2018) argumentam ainda nessa perspectiva, pois a ausência de legitimidade da síndrome é uma experiência de sofrimento vivenciada na coletividade. A partir do momento que determinado acometimento ou enfermidade não se traduz ou oferece uma norma específica à lógica do processo de objetivação necessária à prática da diagnose, ou seja, quando a biomedicina não encontra nos sujeitos os requisitos

objetivos e científicos fundamentais ao exercício da ciência, a teoria do dom, no campo do cuidado metafórico, sugere um deslocamento socioantropológico ao próximo a fim de dar uma resolutividade ao sofrimento.

Entretanto, é preciso recuar diante de possíveis ideias que pregam ou sugerem a universalização da teoria do dom, pois não cabe neste postulado perseguir uma essência imutável do ciclo da tripla obrigação. Não há ideias fixas e estáticas na teoria fundada por Marcel Mauss, segundo Caillé (2002). A dádiva alcança aliança, reciprocidade e rivalidade em momentos e circunstâncias bem particulares, onde reúnem-se sentidos de singularidade entre doadores e receptores. Encontrar ou buscar sempre a mesma relação nas práticas de saúde significa recusar a teoria em destaque.

Por conta disso a generalização do estudo deve estar situada perante o referencial utilizado pelo pesquisador no momento da pesquisa empírica. As entrevistas, o questionário e a observação em campo foram construídos a partir dos conceitos propostos, principalmente, pelas teorias sociológicas e antropológicas de Marcel Mauss e Alain Caillé. A literatura inclusive sugere outras ferramentas teórico-metodológicas para o estudo do tratamento da fibromialgia em termos de socialização. Porém, não significa dizer que os achados da presente Tese não possam ser extrapolados ou utilizados por outros estudos, programas de extensão ou serviços de saúde, até porque as queixas e demandas apresentadas pelas pacientes entrevistadas aproximam-se do que está presente em livros e artigos. Em outras palavras, se o cuidado foi um ponto central do estudo, é preciso ter cuidado ao lidar com estudos da área da saúde que estruturam-se a partir das Ciências Humanas e Sociais: as pacientes entrevistadas e os profissionais de saúde que responderam o questionário pertencem a um certo contexto, com características sociais, econômicas e culturais específicas.

Em conformidade com o objetivo geral da pesquisa, é possível concluir que o “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia”, da UERJ, funciona a partir do pressuposto da teoria do dom, pois pacientes e profissionais de saúde participam de trocas simbólicas, que mesclam obrigatoriedade e gratuidade, um deslocamento ao próximo, onde o cuidado em saúde é oferecido por profissionais, recepcionado por pacientes e retribuído aos profissionais, outros pacientes e comunidades internas e externas à UERJ, proporcionando reinserção social, recuperação de identidades, novas formas de sociabilidade, conhecimentos em saúde e usos sociais mais saudáveis perante o corpo e a dor crônica, às pacientes diagnosticadas com fibromialgia.

Conclui-se também que a constituição da dádiva no processo de cuidado em saúde pode ser um caminho interessante para organização dos cuidados aos pacientes com

fibromialgia. O deslocamento ao próximo, característica inicial da teoria do dom, onde situa-se o interesse desinteressado de participar do movimento de trocas, oferece os requisitos primários para a participação do sujeito no processo, pois deslocar-se ao paciente com fibromialgia é crer em seu histórico de sofrimento e apostar no simbolismo da trama relacional. Desde os momentos das conversas por telefone as pacientes relataram uma “preocupação” no mínimo diferente dos profissionais do TIF.

Em contextos que não há cuidados, ou melhor, ninguém ou quase ninguém quer cuidar ou acolher pacientes com fibromialgia, a organização das ações e práticas a partir da teoria do dom torna-se fundamental. Sob a égide do dom da hospitalidade, por exemplo, estrutura-se a possibilidade de receber pessoas e demandas, desenvolvendo o acolhimento, desde os contatos e momentos iniciais de relacionamento entre Projetos e usuários de saúde. No caso da fibromialgia, trata-se de uma prática crucial e fundamental, pois os pacientes esperam receber alguma coisa quando procuram os serviços de saúde.

Um bom atendimento, a recepção agradável a partir de uma boa conversa por telefone, de acordo com as entrevistas e questionário, apresenta uma movimentação ao outro e funciona como recepção de demandas, anseios, objetivos e frustrações. É uma dádiva contemporânea em destaque, pois o que se doa ao outro pode promover relacionamentos duráveis, entre profissionais e usuários de saúde, que se traduzem em estratégias para o enfrentamento de doenças crônicas, como é o caso da fibromialgia. Entrar no universo simbólico do paciente com fibromialgia torna-se importante para o controle do quadro sintomático, a efetivação de um círculo social com prestação de cuidados e a retribuição com participação no processo saúde-doença.

A organização dos cuidados ao paciente com fibromialgia, na esteira da constituição da dádiva, deve respeitar o interesse desinteressado. O interesse situa-se ao final do processo da relação, não no início conforme os preceitos do individualismo metodológico, por conta de o desinteresse ser um movimento fundamental para sair de si e visar o paciente com fibromialgia. Uma lógica repousada apenas na prática do interesse não possibilita deslocar-se ao outro, escutá-lo e inseri-lo no protagonismo do processo. O que não quer dizer que o interesse não tenha seu fundamento e importância, pois o ciclo requer interessar-se no próximo e suas demandas. A aposta paradoxal envolve e direciona as duas movimentações em destaque, uma depende da outra.

Desde o capítulo segundo da presente Tese argumentou-se sobre o (ir)reconhecimento do processo saúde-doença da fibromialgia, o que culminou na estruturação, na discussão dos dados, do dom de reconhecimento. A prática de reconhecer a dor crônica legítima e

potencializa as relações de cuidado que as pacientes com fibromialgia estabelecem e desenvolvem com o corpo e saúde. Em contextos que impera o não reconhecimento, o simbolismo no dom fornece a estrutura necessário ao trato com a dor crônica e síndromes que carecem de legitimidade.

A dádiva da conversação no processo de interação social também se insere na organização dos cuidados, pois abrir-se e possibilitar a fala ou conversa aos que rotineiramente permanecem calados e coagidos é legítimo e democrático. Todos esses princípios do dom (hospitalidade, conversação e reconhecimento) proporcionam a manutenção do clico no protagonismo dos sujeitos envolvidos, proliferando as relações de cuidado e acolhimento por volta das redes dos serviços de saúde. O que é lido apenas como espontâneo e gratuito é na verdade uma obrigação pela liberdade, como bem descritos nos capítulos anteriores. Os pacientes com fibromialgia passam a existir no movimento de circulação dos bens simbólicos, na reciprocidade ou quando a dimensão simbólica das trocas garante a emergência dos mesmos.

Identificar a compreensão de corpo, saúde e dor crônica a partir da inserção no tratamento interdisciplinar foi outro objetivo do presente estudo. Os usos sociais do corpo e da dor crônica, possibilitados sob a égide da teoria do dom, traduziram-se em formas mais saudáveis de lidar consigo mesmo no enfrentamento da fibromialgia. Le Breton (2012) nos atenta para uma existência corporal da humanidade a partir do simbólico que o corpo encarna, pois o mesmo é frequentemente construído, modificado e moldado por contextos e práticas culturais, sociais e econômicas. O próprio termo “uso social do corpo” já afasta qualquer tentativa de explicar tais relações e efeitos sob apenas os postulados das Ciências Biológicas, segundo Daolio (2020).

O adoecimento, o corpo e o processo saúde-doença não devem ser reduzidos apenas aos aspectos das Ciências Naturais ou Biológicas, pois a inserção em determinadas práticas de saúde, como tratamentos interdisciplinares e práticas corporais, promovem organizações sociais, pessoais e corporais dos sujeitos. As novas formas de olhar, respeitar, pensar e se apropriar do corpo, por parte das pacientes com fibromialgia, ocorreu a partir da inserção no TIF, ou seja, no contato com as práticas corporais de saúde, apoio psicológico e das enfermeiras, acompanhamento nutricional e também com o “Grupo Interdisciplinar”. Um dos grandes desafios no tratamento da fibromialgia reside nesta problemática: não apenas oferecer terapêuticas capazes de estruturas nos pacientes formas mais saudáveis no trato com o corpo e saúde, mas também como oferecê-las e quais tipos de relação estabelecer perante os pacientes acometidos.

As propostas e estratégias de educação em saúde, em termos de acompanhamentos clínicos, palestras e atividades em grupo e até mesmo aulas de Educação Física, do TIF foram fundamentais para que os objetivos em questão fossem alcançados, proporcionando caminhos seguros de empoderamento e enfrentamento diante da dor crônica e fibromialgia. Educar em saúde é apostar e acreditar no potencial das pacientes na incorporação de tomadas de decisão que condizem com a prática regular de exercícios, cuidados com o corpo, equilíbrio alimentar e preocupação com a saúde mental. As práticas e os discursos sobre a fibromialgia no campo da educação em saúde se traduzem em formas legítimas de cuidado.

Silva *et al.* (2020) entendem as propostas de educação em saúde como fundamentais para os pacientes que experimentam o sofrimento proporcionado por adoecimentos crônicos, pois perante à cronicidade do quadro o paciente necessitará de um repertório corporal no trato com a enfermidade. Por mais estranho que possa parecer, pacientes que sofrem por conta das algias crônicas da fibromialgia passam usufruir de uma qualidade de vida melhor a partir de práticas corporais de saúde, que não deixam de ser formas de reestruturar ações corporais perante novos obstáculos e demandas. As atividades educativas do TIF, com fins corporais e de saúde, proporcionaram cuidados antes não experimentados por boa parte das pacientes entrevistadas.

O cuidado com o corpo e com a saúde não foi pensado na linha retórica, onde o sujeito é visto como receptor imóvel das intervenções terapêuticas interdisciplinares, acrítico e estabilizado, com real ausência de reflexividade nas ações de saúde. Pelo contrário, foi utilizado na linha da teoria do dom, principalmente a partir de Martins (2011a), Martins Pinheiro (2011), Pinheiro e Martins (2011) e Matins (2011b), como cuidado metafórico no âmbito da simbólica relacional, a partir das relações de encontros entre pacientes com fibromialgia e profissionais de saúde do TIF. Tratou-se do metafórico por ter articulado ações de saúde nos movimentos de dar (escuta conversa, acolhida e reconhecimento), receber e retribuir (adesão, reconhecimento, divulgação e permanência).

Martins (2017) situa os movimentos da tripla obrigação no sair de si para se relacionar com o outro, construindo a vida em sociedade nesta relação assimétrica. No caso da presente Tese, o movimento ao outro foi realizado na tentativa de acolher (hospitalidade), reconhecer (reconhecimento) e conversar, ou seja, cuidar metaforicamente do paciente com fibromialgia, promovendo empoderamento, qualidade de vida e autocuidado. Quando inicialmente os profissionais de saúde deslocaram-se ao contexto social e cultural do sofrimento dos pacientes, indicando participação no circuito do dom, novas formas de agenciamento corporal passaram a ser construídas e retribuições desenvolvidas.

Outro objetivo específico foi discutir o conceito de eficácia simbólica no tratamento interdisciplinar, principalmente diante a ausência de legitimidade socialmente construída no dia a dia das pacientes com fibromialgia. No decorrer dos capítulos foi apresentado que a fibromialgia traz desafios à racionalidade médica ocidental, pois boa parte das queixas experimentadas pelas pacientes não se enquadram aos protocolos lógicos, científicos e objetivos do sofrer, o que não quer dizer que tais pensamentos não sejam discutidos e problematizados pela própria medicina. As pacientes discursaram sobre o inverso de uma possível eficácia simbólica, pois os processos de interação social, nas consultas e âmbito familiar, não se traduziam em bem-estar, qualidade de vida e controle do sofrimento.

As apostas da interdisciplinaridade do TIF ocorreram em convergência com os apontamentos de Tesser e Luz (2018) sobre a eficácia simbólica. Os profissionais de saúde, membros de uma tradição terapêutica com respaldo da sociedade e dos pacientes com fibromialgia, receberam as crenças, dores, expectativas, demandas e os sinais e sintomas das mulheres adoecidas, o que proporcionou uma interação entre o oferecimento da interpretação e o engajamento dos assistidos, convergindo com uma reorganização simbólica dos elementos que proporcionam sofrimento.

No caso específico do tratamento da fibromialgia não há cura, seja pela via da eficácia simbólica ou específica, mas há não apenas a possibilidade como também a necessidade de uma melhor qualidade de vida, atenuação do sofrimento e respeito por quem sofre. Os processos de interação social proporcionados e experimentados pelas pacientes do TIF, no contato com os profissionais de saúde nos atendimentos clínicos, palestras grupais e práticas corporais, resultaram nos postulados da eficácia simbólica. A reinserção das pacientes e o desenvolvimento das habilidades comunicativas e de apoio foram fundamentais para uma intervenção terapêutica sobre a dor crônica destas mulheres.

A vinculação aos preceitos da eficácia simbólica no tratamento de enfermidades crônicas não deve ser lida como um desdém aos aspectos da eficácia técnica. Na Educação Física, de maneira mais precisa, seria não deixar de lado a Fisiologia, Biomecânica ou Treinamento Desportivo, em prol das contribuições das Ciências Humanas e Sociais. O ponto não é esse, mas, por sugestão de Mauss (2017c), construir o ato terapêutico sob a égide das eficácias simbólicas e mecânicas, articulando os referenciais técnicos aos que o antropólogo chama de mágicos. As práticas corporais de saúde do TIF estruturaram-se nesta linha de raciocínio, quando interpretam o movimento humano a partir da Fisiologia do exercício e da Antropologia e Sociologia, por exemplo

Tratou-se da complementaridade na construção dos atos terapêuticos no atendimento e prestação de cuidados às pacientes com fibromialgia. A dor crônica foi o ponto central desta discussão sobre as eficácias dos tratamentos, de acordo com as falas e experiências externalizadas pelas pacientes e com os registros técnicos, simbólicos e científicos dos profissionais de saúde. A dor que frequentemente não foi vista como legítima, real ou na melhor das hipóteses encarada com o devido respeito e atenção, foi tratada sob a lógica do cuidado em saúde no TIF. As habilidades comunicativas, construídas em parceria pelos atores sociais envolvidos, foram cruciais para tal legitimidade, usos sociais mais saudáveis e até mesmo esquecimentos importantes.

Souza e Laurenti (2017) pontuam que discursar sobre a fibromialgia é concentrar o foco do diálogo e das ações no sofrimento e angústias dos pacientes, principalmente no contexto das dores crônicas e difusas. As autoras entendem o expressivo comprometimento da vida social como assunto mais que pertinente na atenção e cuidados às dores crônicas das pacientes, pois intervir é também compreender a realidade dos sujeitos. A maioria das pacientes expressou que tais posicionamentos de compreensão não ocorreram da forma que necessitavam durante a trajetória terapêutica por busca de resolutividade em saúde, em contraposição ao TIF.

Quando se concluiu que o TIF proporcionou novos cuidados com o corpo e a saúde, por conta dos vínculos de reciprocidade estabelecidos entre os atores sociais, foi apontado um investimento simbólico do Projeto, pacientes e profissionais na forma de lidar com a dor crônica. Tal afirmativa segue o pensamento de Le Breton (2013), pois para o antropólogo o descaso contemporâneo e ocidental perante a dor crônica se traduz na impressão ou sentimento de que o seu próprio corpo não lhe pertence, com significativo comedimento nas relações sociais. O caminho para relações mais saudáveis e legítimas com o corpo e a dor foi apostar nas ações de troca de bens simbólicos no tratamento interdisciplinar.

Segundo Oliveira *et al.* (2017a), nas pesquisas sobre práticas corporais de saúde e cuidado, as Ciências Humanas e Sociais possibilitam, em conjunto com as abordagens qualitativas, um olhar interdisciplinar na compreensão e interpretação dos fenômenos socioculturais relacionados ao processo saúde-doença de acometimentos crônicos. Os autores adicionam que uma relação terapêutica coletiva, acolhedora, recíproca e de reconhecimento, pode caracterizar-se enquanto respostas aos sofrimentos de pacientes que procuram serviços de saúde a fim de demandar resolutividade. As relações de cuidado que se estabelecem não se constroem apenas como aparelho técnico ou sistema biológico, mas como prática simbólica de trocas.

O terceiro e último objetivo específico foi discutir o conceito de fato social total no tratamento interdisciplinar. Inicialmente a partir da célebre obra de Marcel Mauss, passando pelas contribuições de Alain Caillé e Martins, para posteriormente pensar tal conceito no contexto do tratamento interdisciplinar e de práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia. O fato social total manifestou-se no tratamento sob a égide do tríplice aproximação entre as dimensões sociológica, psicológica e biológica do processo saúde-doença das pacientes. Se desde Mauss estas dimensões proporcionavam significação global quando apresentavam-se na forma de totalidade do fato social, no TIF os encontros de reciprocidade entre pacientes e profissionais garantiram também tal pressuposto.

O fato social tornou-se noção de totalidade quando o tratamento interdisciplinar exprimiu-se no simbolismo da prática dos profissionais perante as demandas das pacientes, nas construções de corpo, saúde e dor crônica. A íntima relação entre fato social total, dádiva e técnicas corporais manifestou-se nos discursos das entrevistas e registros dos profissionais. A partir do momento que a dor crônica foi compreendida enquanto sintoma complexo, multifatorial e não apenas reduzida aos processos fisiopatológicos da biomedicina e as formas de se apropriar do corpo e da saúde sob os parâmetros de educação em saúde e usos sociais, a totalidade do fato social estruturou-se.

Em outras palavras, o tratamento interdisciplinar rejeitou duas perspectivas contrárias ao simbolismo do dom e do fato social: holismo e individualismo metodológico. O tratamento não ocorreu na esteira do cuidado enquanto retórica, onde profissionais de saúde impõe verticalmente valores, normas e práticas impositivas que devem ser seguidas a fim de garantir uma promoção da saúde e; nem práticas e técnicas de cunho apenas individuais, onde aposta-se na construção egoísta de novas formas de gerência do corpo e saúde. Nenhuma destas duas perspectivas tem a ver com o fato social, que por ter total é também simbólico no entrelaçamento da tríplice aproximação e no encontro dos atores sociais participantes.

Não por coincidência a totalidade do fato social sugere a articulação do corpo e saúde em uma perspectiva interdisciplinar, sendo o sujeito do processo social e terapêutico o lugar de manifestação de tal aproximação. Daolio, Rigoni e Roble (2012) e Daolio (2020) nos recordam sobre a importância de interpretar o estudo do homem por um viés antropológico, com abordagens não reducionistas ou fragmentadas, mas construtivas, interligadas e recíprocas como bem sugerem o ciclo da tripla obrigação e também o da tripla aproximação. Os atos de dar, receber e retribuir dádivas simbólicas de cuidado em saúde supõem a totalidade nas construções de corpo, saúde e dor crônica.

Segundo Caillé (2002), o pressuposto simbólico do fato social total pode ser lido enquanto possibilidade para lidar com as problemáticas e cisões proporcionadas pelos encontros entre os sujeitos no mundo contemporâneo, a ultrapassagem da materialidade imediata da vida social. No contexto de um processo saúde-doença, como a fibromialgia, a totalidade simbólica foi fundamental para (re)interpretar a história social das pacientes e (re)pensar novas possibilidades terapêuticas baseadas, não mais na técnica por si só, esvaziada de contato, mas em acolhimento, vínculo e cuidado em saúde. O reconhecimento de si enquanto sujeito protagonista do estado de saúde ocorreu em mediação (cuidado metafórico) ao contato com o outro.

Para Martins (2017) o sistema de ação das dádivas, onde manifesta-se o fato social total, pode surgir nas mais diversas regiões da vida em sociedade, inclusive na área da saúde, para Caillé (2014). A presente Tese do presente estudo sustentou a interdisciplinaridade e as práticas corporais de saúde do TIF como circuitos de reciprocidade, hospitalidade, diálogo e reconhecimento, onde ocorreram a troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde) entre profissionais de saúde e pacientes com fibromialgia. Os profissionais de saúde no encontro com as pacientes com fibromialgia desenvolveram e apostaram em novas formas de usar e construir socialmente os corpos, a saúde e a dor crônica para as mais diversas instâncias sociais da vida.

REFERÊNCIAS

ABLE, SL; ROBINSON, RL; KROENKE, K. Variations in the management of fibromyalgia by physician specialty: rheumatology versus primary care. **Pragmatic and Observational Research**, v.7, p. 11-20, 2016.

ALI, Y.C.M.M.; SANCHES, M.B.; LAURETTI, L.G.; SALVETTI, M.G. Effects of a nursing intervention in the control of symptoms in patients with fibromyalgia. Case report. **BrJP**, v.1, n.4, p.365-8, 2018.

ALMEIDA, S.G.P.; GERMANO, R.M. A teoria da dádiva e o cuidar em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.2, p. 338-342, 2009.

ALVAREZ-NEMEGYE, J. et al. Prevalence of musculoskeletal pain and rheumatic diseases in the southeastern region of Mexico. A COPCORD-based community survey. **The Journal of Rheumatology**, v.38, n.86, p.21-5, 2011.

ALVES, B.; ZAKKA, T.M.; TEIXEIRA, M.J.; KAZIYAMA, H.H; SIQUEIRA, J.T.T.; SIQUEIRA, S.R.D.T. Depression, sexuality and fibromyalgia syndrome: clinical findings and correlation to hematological parameters. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.74, n.11, p. 863-68, 2016.

ANDRADE, A.; STEFFENS, R.A.K.; GANZERT, M.L.; VIANA, M.S.; LIZ, C.M.; BRANDT, R.; DOMINSKI, F.H. Anxiety associated to sociodemographic and clinical factors of females with fibromyalgia syndrome. **Revista Dor**, v.14, n.3, p. 200-3, jul/set, 2013.

ANDRADE, A.; VILARINO, G.T.; BEVILACQUA, G.G. What Is the Effect of Strength Training on Pain and Sleep in Patients With Fibromyalgia. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, 2017.

ANDRADE, A.; VILARINO, G.T.; SIECZKOWSKA, S.M.; COIMBRA, D.R.; BEVILACQUA, G.G.; STEFFENS, R.A.K. The relationship between sleep quality and fibromyalgia symptoms. **Journal of Health Psychology**, p.1-11, 2018.

ANNEMANS, L.; WESSELY, S.; SPAEPEN, E.; CAEKELBEGH, K.; CAUBERE, J.P.; LE LAY, K.; TAIB, C. Health Economic Consequences Related to the Diagnosis of Fibromyalgia Syndrom. **Arthritis & Rheumatism**, v.58, n.3, p.895-902, 2008.

ANTUNES, J.M.; DAHER, D.V.; FERRARI, M.F.M.; PEREIRA, L.C.C.M.; FARIA, M.; SVEICHTIZER, M.C.; MORETE, M.; IZIDORO, C. Práticas de enfermagem para pacientes con dolor crónico: revisión integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, .31, n.6, p.681-8, 2018.

ANTUNES, P.C.; LAGRANHA, D.M.; SOUZA, M.F.; SILVA, A.M.; FRAGA, A.B. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. **Motrivivência**, v.30, n.55, p.227-247, 2018.

ARAÚJO, A.B.M.; TERRA, B.S.; BERARDINELLI, L.M.M. Fibromialgia, hábitos de vida e gerenciamento da dor: Uma reflexão antropológica para a enfermagem. **Saúde Coletiva**, .9, n.50, p.1-6, 2019.

ARROYO-JIMÉNEZ, C.; MUÑOZ-FERNÁNDEZ, I.; TORRES-PÉREZ, L.A.; LARA-PUENTE, A.; SÁNCHEZ-GUERRERO, O.; DARÁN, M.A.F.; ENRÍQUEZ-GRIMALDO, M.G.; ESQUIVEL-ACEVEDO, J.A.; PIÑA-RAMÍREZ, M.J. Intervención grupal psicoeducativa y de apoyo emocional en personal del Instituto Nacional de Pediatría, posterior al sismo del 19 de septiembre de 2017. **Acta Pediatra Mex**, v.39, n.3, p.224-243, 2018.

ASSUMPCÃO, A.; CAVALCANTE, A.B.; CAPELA, C.E.; SAUER, J.F.; CHALOT, S.D.; PEREIRA, C.A.B.; MARQUES, A.P. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 2009.

ASSUMPCÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; YUAN, S. L.; SANTO, A. S.; SAUER, J.; MANGO, P.; MARQUES, A. P. Muscle stretching exercises and resistance training in fibromyalgia: which is better? A three-arm randomized controlled trial. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, 2017.

ASSUMPCÃO, L.O.T.; GOLIN, C.G. Reflexão sociológica sobre o conceito de habitus relacionado à prática de atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.24, n.3, p.158-166, 2016.

BARBIANI, R. et al. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n.2, p. 567-587, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARTKOWSKA, W.; SAMBORSKI, W.; MOJS, E. Funções cognitivas, emoções e personalidade em mulheres com fibromialgia. **Anthropologischer Anzeiger**, v.74, n.4, p.271-277, 2018.

BASRBOSA, V.F.B.; CAPONI, S.N.; VERDI, M.I.M. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. **Saúde e Sociedade**, v.27, n.1, p.175-184, 2018.

BARDAL, E.M. ; ROELEVELD, K. ; MORK, P.J. Aerobic and cardiovascular autonomic adaptations to moderate intensity endurance exercise in patients with fibromyalgia. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v.47, n.7, p.639-46, 2015.

BARTKOWSKA, W.; SAMBORSKI, W.; MOJS, E. Cognitive functions, emotions and personality in woman with fibromyalgia. **Anthropologischer Anzeiger**, v.75, n.4, p.271-277, 2018.

BATEMAN, S. When Mauss's *essai sur le don* becomes the gift: variations on the theme of solidarity. **Theor Med Bioeth**, v.37, p. 447-461, 2016.

BELARDO, M. B.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Construcción de conocimiento biomédico y políticas de salud: Síndrome Urémico Hemolítico y Fibromialgia. **Ciência e Saúde e Coletiva**, v.23, n.9, p. 3085-3094, 2018.

BERARDINELLI, L.M.M.; BRITO, I.S.; MIRANDA, N.A.C.G. Empoderamento, interdisciplinaridade e pesquisa-ação participativa no cuidado a pessoas que vivenciam fibromialgia e suas famílias. IN MATTOS, R.S. **Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar**. 1. Ed. Curitiba: CRV, 2019

BERARDINELLI, L.M.M.; COSTA, L.P.; BRITO, I.S.; SABOIA, V.M.; Estratégia participativa e interdisciplinar de cuidado com famílias de pessoas com fibromialgia. **Revista de Enfermagem da UERJ**, p.1-6, 2017.

BERNAL-MAS, P.; GARCÍA-CORREDOR, C.P.G.; El dolor: las narrativas de la invisibilidad y del olvido. **Palabra Clave**, v.19, n.2, p. 422-449, 2016.

BEYAZAL, M.S.; TUFEKÇI, A.; KIRBAS, S.; TOPALAGLU, M.S. The Impact of Fibromyalgia on Disability, Anxiety, Depression, Sleep Disturbance, and Quality of Life in Patients with Migraine. **Noro Psikiyatri Arsivi**, v.55, p.140-5, 2018.

BEZARRA, I.C.; JORGE, M.S.B.; GONDIM, A.P.S.; LIMA, L.L.; VASCONCELOS, M.G.F. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, v.18, n.48, p. 61-74, 2014.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz & Terra, 2004.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v.2, n.1, p.68-80, 2005.

BONOMI, A. Implicações filosóficas na antropologia de Claude Lévi-Strauss. IN LIMA, L.C. **O estruturalismo de Lévi-Strauss**. Petrópolis: Vozes, 1968.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Editora Zouk, 2007c.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007a.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2007b.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da prática: precedido de três estudos de etnologia cabila**. Oeiras: Celta Editora, 2002.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

BRANCO, J.C.; BANNWARTH, B.; FAILDE, I.; CARBONELL, J.A.; BLOTMAN, F.; SPAETH, M.; SARAIVA, F.; NACCI, F.; THOMAS, E.; CAUBÉRE, J.P.; LE LAY, K.; TAIEB, C.; MATUCCI-CERINIC, M. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v.9, n.6, p. 448-453, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, DF: O Ministério, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 1. ed. Brasília, DF: O Ministério, 2004.

BRUCE, B.K.; ALLMAN, M.E.; RIVERA, F.A.; WANG, B.; BERIANU, F.; BUTENDIECK, R.R.; CALAMIA, K.T.; HINES, S.L.; RUMMANS, T.A.; NIAZI, S.K.; ABRIL, A. Tratamento intensivo de fibromialgia multicomponente: um estudo translacional para avaliar a eficácia na prestação de cuidados de rotina. **Jornal de Reumatologia Clínica**, 2020.

BUENO, R.C.; ABREU, M.F.; PIRES, G.N.; ROGER-SILVA, D. Exercício físico e fibromialgia. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.20, n.2, p. 279-285, 2012.

BUSCH, A.J.; WEBBER, S.C.; BRACHANIEC, M.; BIDONDE, J.; BELO-HAS, V.D.; DANYLIW, A.D.; OVEREND, T.J.; RICHARDS, R.S.; SAWANT, A.; SCHACHTER, C.L. Exercise therapy for fibromyalgia. **Curr Pain Headache Rep**, v.15, p. 313-367, 2011.

BUSCH, A.J.; WEBBER, S.C.; RICHARDS, R.S.; BIDONDE, J.; SCHACHTER, C.L.; SCHAFER, L.A.; DANYLIW, A.; SAWANT, A.; DALL BELLO-HAAS, V.; RADER, T.; OVEREND, T.J. Resistance exercise training for fibromyalgia. **Cochrane Library hosts the Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.20, n.12, 2013.

CABO-MESEGUER, A.; CERDÁ-OLMEDO, G.; TRILLO-MATA, J.L. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. **Medicina clínica Facultad de Medicina de Barcelona**, v.149, n.10, p. 441-448, 2017.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAILLÉ, A. Dádiva, care e saúde. **Sociologias**, v.16, n.36, p. 42-59, 2014.

CAILLÉ, A. Nem holismo, nem individualismo metodológicos. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.13, n. 38, p. 1-35, 1998.

CAILLÉ, A. O dom entre interesse e “desinteressamento”. **Revista de Estudos AntiUtilitaristas e Pós-Coloniais**, v.3, n.1, p.1-42, 2013.

CAILLÉ, A.; CHANIAL, P.; CORBIN ET, S.; ROBERTSON, F. Quand dire c'est donner. Langage, parole et don. **Revue du M.A.U.S.S**, n.50, p.5-24, 2017.

CAILLÉ, A.; CHANIAL, P.; GAUTHIER, F.; ROBERTSON, F. Le don d'hospitalité. Quand recevoir, c'est donner. **Revue du M.A.U.S.S**, n.53, p. 5-41, 2019.

CAILLÉ, A.; CHANIAL, P.; HASQUE, J.; SAPPPIA, C. Anthropologie(s) du don. **Revue du M.A.U.S.S**, n.52, p. 5-23, 2018.

CAMPOS, R.M.S.; SILVA, A.; QUEIROZ, S.S.; NETO, M.M.; ROIZENBLATT, S.; TUFIK, S.; MELLO, M.T. Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono, **Motriz**, v.17, n.3, p.468-476, 2011.

CANESQUI, A.M. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p. 409-416, 2018.

CARVALHO, F.F.B. Práticas corporais e atividades físicas na Atenção Básica do Sistema único de Saúde: ir além da prevenção da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, v.22, n.2, p.647-658, Porto Alegre, 2016.

CARVALHO, Y.M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**, 33-45, 2006

CARVALHO, Y.M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In FRAGA, A.B.; WACHS, F. **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 1. Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CARVALHO, Y.M.; MANOEL, E.J. A survey of body practices and primary health care in a district of São Paulo, Brazil. **Motriz**, Rio Claro, v.21, n.1, p.75-83, jan/mar, 2015.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Health practices, constructed meanings and senses: theoretical instruments to help the interpretative analysis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.29, p.313-26, abr./jun. 2009.

CARVALHO-GEHRAN, F.W.; VINCHA, K.R.R.; CERVATO-MANCUSO, A.M. A atuação de educador em alimentação e nutrição pelos profissionais da saúde no contexto da Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, v.31, n.1, p.71-81, 2018.

CAVALCANTE, A.B. et al. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, n.1, p. 40-48, jan/fev, 2006.

CAVALIERE, M.L.A.; MATTOS, R.S.; BARBOSA, J.S.O.; SOUZA, J.M.A.; OLIVEIRA, L.H.S.; NASCIMENTO, S.S. Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: 18 anos de experiência na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). IN MATTOS, R.S. **Dor crônica e fibromialgia**: uma visão interdisciplinar. 1. Ed. Curitiba: CRV, 2019.

CERULLI, A. Gifting knowledge for long life. **International Journal of Hindu Studies**, v.22, p.235-255, 2018.

CONESA, E. Psychanalyse et don de parole. **Revue du M.A.U.S.S**, n.50, p.151-154, 2017.

CORREIA, T. Interpretação e validação científica em pesquisa qualitativa. **Interface**, v.17, n.45, p.263-74, abr/jun, 2013.

COUTO, L.A.; YUAN, S.L.K.; SOUZA, I.M.B.; SANTO, A.S.E.; MARQUES, A.M. Avaliação do agenciamento de autocuidados e sua associação com sintomas e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.27, n.2, p.140-146, 2020.

CRUZ, P.J.S.C. O agir crítico em nutrição na Atenção Primária à Saúde e suas potencialidades à luz da concepção da educação popular. **Ciência & Educação**, v.26, p.1-18, 2020.

CUNHA, A.T.R.; VILAR, R.L.A.; MELO, R.H.V.; SILVA, A.B.; RODRIGUES, M.B. Perceptions of users about humanization in family health strategy: a study based on the theory of gift. **Revista Ciência Plural**, v.3, n.3, p.16-31, 2017.

CZERESNIA, D; MACIEL, E.M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DAOLIO, J. Corpos e culturas: a atualidade do pensamento de Marcel Mauss. IN SILVA, M.C.P.; ATHAYDE, P.; LARA, L. **Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBC: Corpo e Cultura**. Natal: EDUFRN, 2020.

DAOLIO, J. **Educação Física e o conceito de cultura**. 3. Ed. Campinas: Autores Associados, 2010.

DAOLIO, J.; RIGONI, A.C.C.; ROBLE, O, J. Corporeidade: o legado de Marcel Mauss e Maurice Merleau-Ponty. **Pro-posições**, v.23, n.3, p. 179-193, 2012.

DEL MONACO, R. Dolor crónico y narrativa: experiencias cotidianas y trayectorias de atención en el padecimiento de la migraña. **Physis**, v.23, n.2, p. 489-502, 2013.

DOEBL, S.; MacFARLANE, G.J.; HOLLICK, R. “Ninguém quer cuidar do paciente fibro”. Modelos de compreensão e perspectivas do paciente, de tratamento para fibromialgia: revisões das evidências atuais. **Dor**, v.161, n.8, p.1716-1725, 2020.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martin Claret, 2011.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

EL-HAGE, W. et al. Fibromyalgie: une maladie du traumatisme psychique? **La Presse Medicale**, Paris, v. 35, n. 11, p. 1683-1689, 2006.

EMILIA, M.V.M. Do we know what we eat ? A nutrition perspective. **Nutrición Hospitalaria**, v.35, n.4, p.61-65, 2020.

FARIA, R.M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019.

FARIA, R.M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis dos territórios. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v9, n.6, p. 131-147, 2013.

FAUCONNET, P. ; MAUSS, M. Sociologia (1901). In: MAUSS, M. **Ensaio de sociologia**. São Paulo : Perspectiva, 2009.

FERREIRA, R.Z.; OLIVEIRA, M.M.; KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; JARDIM, V.M.R. A teoria dos dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras Drogas. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n.2, p. 467-75, 2015.

FERRO, C.V.; IDE, M.R.; STREIT, M.V. Correlation between sleep disorders and subjective parameters in subjects with fibromyalgia. **Fisioterapia em Movimento**, v.21, n.1, p.33-38, 2008.

FITZCHARLES, M.A. *et al.* The association of socioeconomic status and symptom severity in persons with fibromyalgia. **Journal of Rheumatology**, v.41, n.7, p. 1398- 1404, 2014.

FLORES, G.C.; BORGES, Z.N.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.3, p. 533-540, 2011.

FREITAS, R.P.A.; ANDRADE, S.C.; SPYRIDES, M.H.C.; MICUSSI, M.T.A.B.C.; SOUSA, M.B.C. Impactos do suporte social nos sintomas em mulheres brasileiras com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.53, n.3, p.197-203, 2017.

GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.2, p. 1-7, 2016.

GIUSTI, E.M.; CASTELNUOVO, G.; MOLINARI, E. Differences in multidisciplinary and interdisciplinary treatment programs for fibromyalgia: a mapping review. **Pain Research and Management**, p.1-19, 2017.

GLASLOW, A.; STONE, T.M.; KINGSLEY, J.D. Resistance Exercise Training on Disease Impact, Pain Catastrophizing and Autonomic Modulation in Women with Fibromyalgia. **International Journal of Exercise Science**, v.10, n.18, p.1184-1195, 2017.

GODBOUT, J.; CAILLÉ, A. Introdução. IN GODBOUT, J. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GODBOUT, J. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GONÇALVES, T.R. *et al.* Evasão de um programa de tratamento multidisciplinar para mulheres com fibromialgia. **RBPS**, Fortaleza, v.23, n.1, p.63-68, jan./mar., 2010.

GONZÁLEZ, F.J. Práticas corporais e o sistema único de saúde: desafios para a intervenção profissional. *In*: GOMES, I.M.; FRAGA, A.F.; CARVALHO, Y.M. **Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

GOWERS, W.R. A lecture on lumbago: its lessons and analogues. **British Medical Journal**, v.1, p. 117-121, 1904.

HACKSHAW, KV; PLANS-PUJOLRAS, M; RODRIGUEZ-SAONA, LE. *et al.* A pilot study of health and wellness coaching for fibromyalgia. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 17, n.457, p. 1-9, 2016.

HADLANDSMYTH, K.; DAILEY, D.L.; RAKEL, B.A.; ZIMMERMAN, M.B.; VANCE, C.G.T.; MERRIWETHER, E.N.; CHIMENTI, R.L; GEASLAND, K.M.; CROFFORD, L.J.; SLUKA, K.A. Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety. **Journal of Health Psychology**, p.1-11, 2017.

HEIDARI, F.; AFSHARI, M.; MOOSAZADEH, M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. **Rheumatology International**, v.37, n.9, 1527-39, 2017.

HÉNAFF, M. Au risque de soi: parler, donner, attester. **Revue du M.A.U.S.S**, n.50, p.64-84, 2017.

HEYMANN, R.E. Novos conceitos em fibromialgia. **AtualizaDOR** – Programa de Educação Médica em Ortopedia, 2010.

HEYMANN, R.E. *et al.* **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. ed. São Paulo: Planmark, 2010.

HILDEBRAND, V.M. Gift, giving, reciprocity and Exchange. **Health, Culture and Society**, p. 179-211, 2017.

JANDAGHI, G.; FIROOZI, M.; ZIA-TOHIDI, A. Intervenções psicológicas para depressão e ansiedade: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios de dor crônica iraniana. **Perspectiva da Promoção da Saúde**, v.10, n.3, p.180-191, 2020.

JONES, G.T.; ATZENI, F.; BEASLEY, M.; FLUB, E.; SARZI-PUTTINI, P.; MACFARLANE, G.J. The prevalence of fibromyalgia in the general population – a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010 and modified 2010 classification criteria. **Arthritis & Rheumatology**, v.67, n.2, p. 568-75, 2015.

KANDT, J. Social practice, plural lifestyles and health inequalities in the United Kingdom. **Sociology of Health and Illness**, p. 1-18, 2018.

KANG, J.H. *et al.* Severity of fibromyalgia symptoms is associated with socioeconomic status and not obesity in Korean patients. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v.34, n.96, 83-88, 2016.

KAS, T.; COLBY, M.; CASE, M.; VAUGHN, D. The effect of extremity strength training on fibromyalgia symptoms and disease impact in an existing multidisciplinary treatment program. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v.20, n.4, p.774-83, 2016.

KAZIYAMA, H.H.S. *et al.* Síndrome fibromiálgica. **Rev. Med.**, v.80, n.1, p. 11-27, 2001.

KESKINDAG, B.; KARAAZIZ, M. The association between pain and sleep in fibromyalgia. **Saudi Medical Journal**, v.38, n.5, p. 465-475, 2017.

KNIGHT, T.; SCHAEFER, C.; CHANDRAN, A.; ZLATEVA, G.; WINKELMANN, A.; PERROT, S. Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United State. **Clinico Economics and Outcomes Research**, v.5, p.171-180, 2013.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 13. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

LEAL, C.O.B.S.; TEIXEIRA, C.F.S. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p. 3161-3172, 2017.

LE BRETON, D. **Antropologia da dor**. 1. ed. FAP-UNIFESP, 2013.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

LE BRETON, D. **Sociologia do corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

LECHOPIER, N. Quatro tensões na saúde pública. **Estudos Avançados**, v.29, n.83, p.209-231, 2015.

LEE, J.W.; LEE, K.E.; PARK, D.J.; KIM, S.H.; NAH, S.S.; LEE, J.H.; KIM, S.K.; LEE, Y.A.; HONG, S.J.; KIM, H.S.; LEE, H.S.; KIM, H.A.; JOUNG, C.I.; KIM, S.H.; LEE, S.S. Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. **PLOS ONE**, v.12, n.2, p.1-12, 2017.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Ubu Editora, 2017a.

LÉVI-STRAUSS, C. Aula inaugural. *In*: LIMA, L.C. **O estruturalismo de Lévi-Strauss**. Petrópolis: Vozes, 1968.

LÉVI-STRAUSS, C. **Introdução**. *In*: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Ubu Editora, 2017b.

LIMA, M.A.G.; TRAD, L.A.B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2672-2680, 2007.

LOPES, A.S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, v.39, n.104, p.114-123, 2015.

LORENA, S.B.; PIMENTEL, E.A.S.; FERNANDES, V.M.; PEDROSA, M.B.; RANZOLIN, A.; DUARTE, A.L.B.P. Evaluation of pain and quality of life of fibromyalgia patients. **Revista Dor**, v.17, n.1, p.8-11, 2016.

LORENA, S.B. *et al*. Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.55, n.2, p.167-73, 2015.

LOWRY, E.; MARLEY, J.; McVEIGH, J.G.; McSORLEY, E.; ALLSOPP, P.; KERR, D. Intervenções dietéticas no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática e síntese de melhores evidências. **Nutrientes**, v.12, n.9, 2020.

LUZ, M. **Novos saberes e Práticas em Saúde Coletiva**: Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2005.

LUZ, M.D. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011.

MACFARLANE, G.L.; KRONISCH, C.; DEAN, L.E.; ATZENI, F.; HAUSER, W.; FLUB, E.; CHOY, E.; KOSEK, E.; AMRIS, K.; BRANCO, J.; DINCER, F.; LEINO-ARJAS, P.; LONGLEY, K.; MCARTHY, G.M.; MAKRI, S.; PERROT, S.; SARZI-PUTTINI, P.; TAYLOR, A.; JONES, G.T. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v.76, p.318-328, 2017.

MACEDO, D.C.F.; MARTINS-SILVA, P.O.; GAVI, M.B.R.O.; MACEDO, A.P.D. Representações sociais de conjugalidade e fibromialgia: desdobramentos na dinâmica conjugal. **Temas em Psicologia**, v.33, n.4, p.987-1002, 2015.

MACHADO, L.V.; LESSA, P.S. Medicalização da vida: ética, saúde pública, e indústria farmacêutica. **Psicologia e Sociedade**, v.24, n.3, p.741-743, 2012.

MAGALHÃES, L.M.; AMPARO-SANTOS, L. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.7, p.1-12, 2020.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Ubu Editora, 2018.

MARQUES, A. P.; ASSUMPTÃO, A.; SOUSA, A.; MATSUTANI, L. A.; LAGE, L. V. Exercícios de alongamento ativo em pacientes com fibromialgia: efeito nos sintomas e na qualidade de vida. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n. 3, p. 18-24, 2007.

MARQUES, A.P.; SANTO, A.S.E.; BERSANATI, A.A.; MATSUTANI, L.A.; YUAN, S.L.K. A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Revista Brasileira de Fibromialgia**, v.57, n.4, 356-363, 2017.

MARQUES, R.J.R.; REZENDE-ALVES, K.; SOARES, C.S.; MAGALHÃES, K.A.; MORELLI, F.L.; LOPES, A.C.S. Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.18, n.1, p.1-17, 2020.

MARTÍN, J.; TORRE, F.; AGUIRRE, U.; GONZÁLEZ, N.; MATELLANES, B.; QUINTANA, J.M. Impact of interdisciplinary treatment on physical and psychosocial parameters in patients with fibromyalgia: results of a randomised trial. **The International Journal Of Clinical Practice**, v.68, n.5, p.618-627, 2014.

MARTÍN, J.; TORRE, F.; AGUIRRE, U.; PADIERNA, A.; MATELLANES, B.; QUINTANA, J.M. Assessment of predictors of the impact of fibromyalgia on health-related quality of life 12 months after the end of an interdisciplinary treatment. **The Journal of Affective Disorders**, v.15, n.208, p. 76-81, 2017.

MARTINEZ, J.E. Fibromialgia: impacto na qualidade de vida e acompanhamento clínico. In HEYMANN, R.E. *et al.* **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. ed. São Paulo: Planmark, 2010.

MARTINEZ, J.E. ; FUJISAWA, R.M. ; CARVALHO, T.C. ; GIANINI R.J. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.49, n.1, p.32-8, 2009.

MARTINEZ, J.E.; PAIVA, E.S.; REZENDE, M.C.; HEYMANN, R.E.; HELFENSTEIN JUNIOR, M.; RANZOLIN, A.; PROVENZA, J.R.; RIBEIRO, L.S.; SOUZA, E.J.R.; FELDMAN, D.P.; ASSIS, M.R. EpiFibro (Registro Brasileiro de Fibromialgia): dados sobre a classificação do ACR e preenchimento dos critérios diagnósticos preliminares e avaliação de seguimento. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.57, n.2, p. 129-133, 2017.

MARTINS, M.R.I. *et al.* Estudo randomizado e controlado de uma intervenção terapêutica grupal em pacientes com síndrome fibromiálgica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n.3, p.179-84, 2014.

MARTINS, P.H. A dádiva e o terceiro paradigma nas ciências sociais: as contribuições antiutilitaristas de Alain Caillé. **Sociologias**, v.19, n.44, p. 162-196, 2017.

MARTINS, P.H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011a.

MARTINS, P.H. Mares: desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011b.

MARTINS, P.H.; PINHEIRO, R. Introdução. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

MATTOS, R.S. **Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2019.

MATTOS, R.S. **Fibromialgia: o mal-estar do século XXI**. São Paulo: Phorte Editora, 2015.

MATTOS, R.S. **Pesquisa qualitativa em Educação Física: da graduação ao doutorado**. Curitiba: CRV, 2016.

MATTOS, R.S. **Sobrevivendo ao estigma da gordura**. São Paulo: Vetor, 2012.

MATTOS, R.S.; LUZ, M.T. Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1459-1484, 2012.

MAUSS, M. **As técnicas do corpo**. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Ubu Editora, 2017a.

MAUSS, M. **Dom, contrato, troca**. In: MAUSS, M. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

MAUSS, M. **Efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade - Austrália, Nova Zelândia.** *In:* MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Ubu Editora, 2017d.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva – forma e razão da troca nas sociedades arcaicas;** *In:* MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Ubu Editora, 2017b.

MAUSS, M. **Esboço de uma teoria geral da magia.** *In:* MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Ubu Editora, 2017c.

MAUSS, M. **Morfologia social.** *In:* MAUSS, M. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Ubu Editora, 2017e.

MAZO, J.P.S.; ESTRADA, M.G. Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. **Psicologia em Estudo**, v.23, p. 1-11, 2018.

MAZO, J.P.S.; ESTRADA, M.G. Repercusiones del dolor crónico en las dinámicas de pareja: perspectivas de mujeres con fibromialgia. **Revista Colombiana de Psicología**, v.28, n.2, p.47-61, 2019.

MCDOWELL, C.P; COOK, D.B.; HERRING, M.P. The Effects of Exercise Training on Anxiety in Fibromyalgia Patients: A Meta-analysis. **Medicina & Science in Sports & Exercise**, v.49, n.9, p.1868-1876, 2017.

MELLO, D.B.; MOREIRA, M.C.N. O protagonismo de jovens com doença renal crônica e a dádiva na construção da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.25, n.1, p.206-2017, 2016.

MELO, G.; MADRUGA, M.; TORRO, N. Análise das comorbidades associadas à fibromialgia: uma revisão bibliográfica. **Psicologia, Saúde e Doença**, v.21, n.2, p.395-403, 2020.

MENDES, V.M.; CARVALHO, Y.N. **Práticas corporais e clínica ampliada.** São Paulo: Hucitec, 2015b.

MENDES, V.M.; CARVALHO, Y.N. Sem começo e sem fim ...com as práticas corporais e a clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.19, n.54, p.603-613, 2015a.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-262, jul/set, 1993.

MIRANDA, N.A.C.G.; BERARDINELLI, L.M.M.; SABÓIA, V.M.; BRITO, I.S.; SANTOS, R.S. Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.6, p.1115-23, 2016.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.1893-1902, 2013.

MONROY-HIDALGO, A.; MÉNDEZ-DÁVILA, B.A.; DIESTRO-JARA, G.L.; RUIZ, E.F.; MÁLAGA, G. Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú. **Acta Médica Peruana**, v.36, n. 1, p. 32-7, 2019.

MOREIRA, M.C.N. Dimensões do associativismo voluntário no cenário das relações entre saúde, pobreza e doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 917-924, 2010.

OLIVEIRA, A.L.; BARONTINI, D.L.; TESTONI, E.B.; GIACOMOSSI, M.; STUHLER, G.D.; LIMA JUNIOR, A.M. Perfil socioeconômico e nível de escolaridade das mulheres atendidas no programa interdisciplinar “Convivendo com a Síndrome de Fibromialgia”. **Anais do Encontro Mãos da Vida**, v.3, n.1, 2017b.

OLIVEIRA, C.T.; DIAS, A.C.G. Psicoeducação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O Que, Como e Para Quem Informar? **Trends in Psychology**, v.26, n.1, 2018.

OLIVEIRA, D.V., FERREIRA, A.A.M.; OLIVEIRA, D.C.; LEME, D.E.C.; ANTUNES, M.D.; NASCIMENTO JUNIOR, J.R.A. Associação da prática de atividade física e do estado de saúde sobre a qualidade de vida de mulheres com fibromialgia. **Journal of Physical Education**, v.30, p.2-11, 2019a.

OLIVEIRA, J.P.R.; BERARDINELLI, L.M.M.; CAVALIERE, L.M.A.; ROSA, R.C.A.; COSTA, L.P.P.; BARBOSA, J.S.O. The routines of women with fibromyalgia and an interdisciplinary challenge to promote self-care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p.1-9, 2019b.

OLIVEIRA, L.H.S. **Sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia**. 2017. 146 f. Dissertação (Mestrado em Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico) – Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

OLIVEIRA, L.H.S.; MATTOS, R.S.; CASTRO, J.B.P.; BARBOSA, J.S.O.; CHAME, F.; VALE, R.G.S. Efeito do exercício físico supervisionado sobre a flexibilidade de pacientes com fibromialgia. **Revista Dor**, v.18, n.2, p.145-9, 2017c.

OLIVEIRA, L.H.S.; MATTOS, R.S.; CASTRO, J.B.P.; LUZ, M.T. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. **Physis**, v.27, n.4, p.1309-1332, 2017a.

OLIVEIRA, M.; COELHO, E.; TUCHER, G. Diferença na qualidade de vida de mulheres ativas e sedentárias com síndrome de fibromialgia. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v.7, n.1, 2009.

OLIVEIRA, R.C. Práticas corporais e meditativas: Educação Física à margem? **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.7, p. 1-2, 2018.

OLIVEIRA, R.S.; PERALTA, N.; SOUSA, M.J.S. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidade, Saúde e Sociedade**, n.33, p. 79-100, 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; ALMEIDA, M.B. The current treatment of fibromyalgia. **Brazilian Journal of Pain**, v.1, n.3, p. 255-62, 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; RAMOS, J.V.C. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. **Brazilian Journal of Pain**, v.2, n.1, p.81-87, 2019.

NELSON, N.L. Muscle strengthening activities and fibromyalgia: a review of pain and strength outcomes. **Journal of Body work and Movement Therapies**, v.19, n.2, p.370-6, 2015.

PAGLIAI, G.; GIANGRANDI, I.; DINU, M.; SOFI, F.; COLOMBINI, B. Intervenções nutricionais no tratamento da síndrome da fibromialgia. **Nutrientes**, v.12, n.9, 2020.

PALMEIRA, C.S.; RAMOS, G.A.; MUSSI, F.C. Avaliação da experiência do telemonitoramento de enfermagem por mulheres com excesso de peso. **Escola Anna Nery**, v.25 n.1, p.1-9, 2020.

PEARSON, J.; COGGINS, J.; LANGUERRAND, E.; DERHAM, S.; RUSSEL, J.; WALSH, N.E.; CÃIBRA, F. Um ensaio controlado randomizado de viabilidade de um programa de autogerenciamento da fibromialgia em um ambiente comunitário com um estudo qualitativo aninhado (FALCON): Protocolo de estudo. **Cuidados Musculoesqueléticos**, 2020.

PEREIRA, O.P. O médico e o curador: a pedagogia da dádiva de Valentim no universo da saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.17, n.3, p. 114-122, 2007.

PEREIRA, A.M.; VALIM, V.; ZANDONADE, E.; CICONELLI, R.M. Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using copcord questionnaires. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v.27, n.1, p.42-6, 2009.

PEREIRA, K.; MAGRI, L. Fibromialgia e subjetividade: para além da dor. In: MATTOS, R.S. **Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2019.

PERNAMBUCO, A.P.; CARVALHO, L.S.C.; SCHENTINO, L.P.L.; POLESE, J.C.; VIANA, R.S.; REIS, D.A. Effects of a health education program on cytokines and cortisol levels in fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. **Advances in Rheumatology**, v.58, n.21, 1-10.

PERNAMBUCO, A.P.; SILVA, L.R.T.; FONSCAE, A.C.S.; REIS, D.D. Clinical profile of patients with fibromyalgia syndrome. **Fisioterapia e Movimento**, v. 30, n.2, p. 287-296, 2017.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F.D. Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito à saúde. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

PPC. Policlínica Piquet Carneiro - UERJ. Serviço – Formas de Acesso. Disponível em: <http://www.ppc.uerj.br/site/index.php/formas-de-acesso/>. Acesso em: 18 set. 2020.

PROVENZA, J.R. *et al.* Fibromialgia: correlação clínica, laboratorial e eletromiográficas. **Revista de Ciências Médicas – PUCCAMP**, v.6, n.3, p.88-94, 1997.

PROVENZA, J.R.; POLLAK, D.F.; MARTINEZ, J.E.; PAIVA, E.S.; HELFENSTEIN, M.; HAYMANN, R.; MATOS, J.M.C.; SOUZA, E.J.R. Fibromilagia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.44, n.6, p.443-9, nov./dez., 2004.

PROVENZA, J.R. *et al.* Manifestações clínicas. *In*: HEYMANN, R.E. *et al.* **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. ed. São Paulo: Planmark, 2010.

PUC-RIO. O Hospital Universitário: lócus privilegiado de atenção à saúde. O campo de pesquisa. Certificação digital N:0912202/CA. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/19203/19203_5.PDF. Acesso em: 18 set. 2020.

QUEIROZ, L.P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Curr Pain and Headache Reports**, v.17, n.8, p.356, 2013.

QUEIROZ, A.C. Fibromialgia. **Revista Med Hered**, v.26, p.139-140, 2015.

RAMOS, R.J.R. Are there differences among Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Multiple Chemical Sensitivity in Catalonia and the rest of Spain? **Medicina y Seguridad Del Trabajo**, v.63, n.243, p. 136-140, 2016b.

RAMOS, R.J.R. Epidemiological differences between patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia assessed on the medical unit of disability evaluation unit of Madrid. **Medicina y Seguridad Del Trabajo**, v.62, n.245, p.360-367, 2016a.

ROBINSON, R.L.; BIRNBAUM, H.G.; MORLEY, M.A.; SISITSKY, T.; GREENBERG, P.; WOLFE, F. Depression and fibromyalgia: treatment and cost when diagnosed separately or concurrently. **Journal of Rheumatology**, v.31, n.8, p. 1621-9, 2004.

RODRIGUES, C.; PINTO, P.; LEAL, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; JENSEN, M.; FERREIRA-VALENTE, A. Com dor todos vão ao médico, só alguns meditam: comparação transcultural Portugal/EUA. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.21, n.1, p.45-52, 2020.

RODRIGUES, J.C. **O corpo na história**. 1. Ed. 3. Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

ROQUETE, F.F.; AMORIM, M.M.A.; BARBOSA, S.P.; SOUZA, D.M.S.; CARVALHO, D.V. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.2, n.3, p.463-474, 2012.

RUIZ, E.N.F., SANTOS, V.F.; GERHARDT, T.E. Mediações na atenção à saúde sob à ótica da teoria da dádiva: a saúde da população rural em destaque. **Physis**, v.26, n.3, p. 829-852, 2016.

SÁ, E. *et al.* A dor e o sofrimento: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. **Revista Portuguesa Psicossomática**, Porto, v. 7, n. 1-2, p. 101-113, 2005.

SABINO, C.; LUZ, M.T. Micropolítica da dor e sofrimento: breve ensaio conceitual sobre o corpo e sua (in)utilização no capitalismo atual. *In*: MATTOS, R.S. **Dor crônica e fibromialgia**: uma visão interdisciplinar. 1. Ed. Curitiba: CRV, 2019.

SALVAT, I.; ZALDIVAR, P.; MONTERD, S.; MONTULL, S.; MIRALLES, I.; CASTEL, A. Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after multidisciplinary treatment: retrospective analysis of a randomized controlled trial. **Rheumatol Int**, v.37,n.3, p. 377-87, 2017.

SANTO, W.R.E; AZIZE, R.L. Dor e cultura: um ensaio sobre as múltiplas percepções de dor. *In*: MATTOS, R.S. **Dor crônica e fibromialgia**: uma visão interdisciplinar. 1. Ed. Curitiba: CRV, 2019

SANTOS, A.M.B. *et al.* Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p.590-6, 2012.

SANTOS, T.V.; MOREIRA, M.C.N.; GOMES, R. Performance e deficiência: caminhos para reinvenção da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.25, n.8, p.3143-3152, 2020

SARAL, I.; SINDEL, D.; ESMAEILZADEH, S.; SERTEL-BERK, H. O.; ORAL, A. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. **Rheumatology International**, v. 36, n. 10, p. 1379-89, 2016.

SENA, A.L.C.; FERREIRA, L.N.; OLIVEIRA, R.S.; KOZMHINSKY, V.M.R. Acolhimento e satisfação do usuário na estratégia de saúde da família: uma experiência. **Revista APS**, v.18, n.2, p.132-140, 2015.

SENNA, E.R.; DE BARROS, E.M.; SILVA, E.O.; COSTA, I.F.; PEREIRA, L.V.; CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **Journal Rheumatology**, v.31, n.3, p.594-7, 2004.

SETTON, M.G.C. A socialização como fato social total: notas introdutórias sobre a teoria do habitus. **Revista Brasileira de Educação**, v.14, n.41, p.296-307, 2009.

SILVA, A.C.; FERREIRA, J. Musculação e cotidiano laboral: significados atribuídos às dores corporais em uma academia de ginástica do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.41, n.10, p. 3969-3976, 2019a.

SILVA, A.C.; FERREIRA, J. Rituais de iniciação à dor entre homens na musculação: etnografia de uma academia de ginástica. **Saúde Sociedade**, v.28, n.2, p.160-173, 2019b.

SILVA, A.M. Entre o corpo e as práticas corporais. **Arquivos em Movimento**, v.10, n.1, p.5-20, 2014.

SILVA, D.S.F. **O alarme que precisa ser regulado**: os debates médicos sobre a fibromialgia na sociedade brasileira de reumatologia entre as décadas de 1990 e 2010. Dissertação (Mestrado) - PPGHCS, FIOCRUZ, 2014.

SILVA, P.P.C.; SANTOS, A.R.M.; SANTOS, P.J.C.; RODRIGUES, E.A.P.C.; FREITAS, C.M.S.M. Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.41, n.1, p.1-9, 2019.

SILVA, R.S.; OLIVEIRA, E.S.A.; OLIVEIRA, J.F.; MEDEIROS, M.O.S.F.; MEIRA, M.V.; MARINHO, C.L.A. Perspectiva de la familia / cuidador sobre el dolor crónico en pacientes con cuidados paliativos. **Revista Eletrônica Enfermería Acutal em Costa Rica**, n. 38, p. 1-14, 2020.

SILVA, SJ; KANEGUSUKU, V; BORTONCELLO, R. *et al.* Carpal tunnel syndrome and fibromyalgia. **Acta Reumatológica Portuguesa**, v.41, n.3, p.275-276, 2016.

SILVA, T.F.; ROMANO, V.F. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n.44, p.1-7, 2015.

SILVEIRA, M.L. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SIQUEIRA, D.C.O.; SIQUEIRA, E.D. Para uma reflexão sobre corpo, arte e mídia, **Corpo e contemporaneidade**, v. 13, n. 2, p. 96-106, 2006.

SMYTHE, H.A. “Fibrositis” as a disorder of pain modulation. **Clinics in Rheumatic Diseases**, v.5, p.823-832, 1979.

SMYTHE, H.A. MODOLSKY, H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. **Bull Rheumatic Diseases**, v.28, p.928-931, 1977-1978.

SOSA-REINA, M.D.; NUNES-NAGY, S.; GALLEGU-IZQUIERDO, T.; PECO-MARTÍN, D.; MONSERRAT, J.; ÁLVAREZ-MON, M. Effectiveness of Therapeutic Exercise in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. **BioMed Research International**, 2017.

SOUZA, B.; LAURENTI, C. Uma interpretação molar da dor crônica na fibromialgia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.37, n.2, p.363-377, 2017.

SOUZA, J.B.; PERISSINOTTI, D.M.N. The prevalence of fibromyalgia in Brazil – a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. **Brazilian Journal of Pain**, v.1, n.4, p.345-8, 2018.

STEINER, J.L.; BIGATTI, S.M.; SLAVEN, J.E.; ANG, D.C. The complex relationship between pain intensity and physical functioning in fibromyalgia: the mediating role of depression. **The Journal of Applied Behavioral Science**, p.1-12, 2017.

STEFFENS, R.A.K.; BRANDT, R.; FELIPE, J.S.; ANDRADE, A. Exercícios físicos diminuem a dor, a depressão e melhoram a qualidade de vida de pessoas com fibromialgia. **Com Scientia e Saúde**, v.10, n.4, p.749-755, 2011.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis**, v.28, n.1, p.1-23, 2018.

TOMAINO, L.; SERRA-MAJEM, L.; MARTINI, S.; INGENITO, M.R.; ROSSI, P.; LA VECCHIA, C.; BAMONTI, F.; VIGNA, L. Fibromialgia e nutrição: uma revisão atualizada. **Jornal do American College of Nutrition**, p.1-14, 2020.

UMMEL, O.; ACHILLE, M. Transplant trajectory and relational experience within living kidney dyads. **Qualitative health research**, v.16, p. 1-10, 2015.

VALIM, V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, n.1, p. 49-55, 2006.

VALIM, V. Epidemiologia. In HEYMANN, R.E. *et al.* **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. Ed. São Paulo: Planmark, 2010.

VALIM, V.; NATOUR, J.; XIAO, Y.; PEREIRA, A.F.A.; LOPES, B.B.C.; POLLAK, D.F.; ZANDONADE, E.; RUSSEL, I.J. Efeitos do exercício físico sobre os níveis séricos de serotonina e seu metabólito na fibromialgia: um estudo piloto randomizado. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.53, n.6, p.538-541, 2013.

VAUGHN, D.; KAS, T.; COLBY, M.; CASE, M.; The effect of extremity strength training on fibromyalgia symptoms and disease impact in an existing multidisciplinary treatment program. **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, 2016.

VEIGA, L.; GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, v.7, n.1, p.1-15, 2001.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**. Editora UNB, 2012

WHITE, K.P.; HARTH, M.; SPEECHLEY, M.; OSTBYE, T. Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. **Journal of Rheumatology**, v.26, n.4, p.880-4, 1999.

WILIAMS, A.C.C.; FISHER, E.; HERAN, L.; ECCLESTON, C. Terapias psicológicas para o tratamento da dor crônica (excluindo dor de cabeça) em adultos. **Cochrane Database Syst Rev**, v.8, n.8, 2020.

WOLFE, F. *et al.* Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. **Journal of Rheumatology**, v.38, n.6, p. 1113-22, 2011.

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia of the multicenter comitee, **Arthritis & Rheumatology**, v.22, n.2, p.160-172, 1990

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care Res (Hoboken)**, v.62, n.5, p.600-10, 2010.

WOLFE, F. *et al.* The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. **Arthritis & Rheumatology**, v.38, n.1, p.19-28, 1995.

WU, Y.L.; CHANG, L.Y.; LEE, H.C.; FANG, S.C.; TSAI, P.S. Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. **Journal of Psychosomatic Research**, p.89-97, 2017.

YUNUS, MB. Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of Nosology and psychobiology. **Current Rheumatology Reviews**, v. 11, p.70-85, 2015.

YUNUS, M.; MASI, A.T.; CALABRO, J.J.; MILLER, K.A.; FEIGENBAUM, S.L. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v.11, n.1, p.151-171, 1981.

ZORZANELLI, R.T. A síndrome da fadiga crônica: apresentações e controvérsias. **Psicologia em Estudo**, v.1, n.15, p.65-71, 2010.

ZORZANELLI, R.T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.1, p.25-31, 2011.

APÊNDICE A - TCLE

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Fibromialgia, práticas corporais e interdisciplinaridade”, sob a responsabilidade do pesquisador Leonardo Hernandes de Souza Oliveira, a qual pretende compreender a interdisciplinaridade e as práticas corporais como sistemas de trocas de cuidado em saúde, acolhimento e vínculo (dádivas simbólicas), capazes de garantir coesão social e novos sentidos para a vida e para a saúde de pacientes com fibromialgia, por meio de entrevistas e observação em campo com pacientes que participam gratuita e voluntariamente das atividades do Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com profissionais que atuam na interdisciplinaridade do Programa.

A participação nessa pesquisa se dará por meio de entrevista em profundidade aberta e observação em campo. Não haverá nenhum outro tipo de intervenção. Se você aceitar participar, estará contribuindo com uma pesquisa que poderá possibilitar uma intervenção mais adequada no tratamento de pessoas com fibromialgia.

O Sr (a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo garantido o sigilo e o anonimato.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua São Francisco Xavier N° 524 (prédio da UERJ) – 8° andar – bloco F – Sala 8.104, pelo telefone (21) 2334-0107, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUPE, na Avenida Vinte e Oito de Setembro, 77 Térreo – Vila Isabel, Rio de Janeiro-RJ, telefone (21) 2868-8253.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. A linguagem foi acessível e minhas dúvidas foram esclarecidas. Por isso, eu concordo em participar da entrevista, sabendo que não vou receber remuneração financeira e que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Declaro que recebi uma via desse documento assinado pelo pesquisador, conforme orientação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS.

participante

Data: ___/___/___ Assinatura do

De acordo com meus conhecimentos, declaro que ofereci explicações completas e detalhadas do estudo ao participante que assinou este termo de consentimento; ele, por sua vez, teve a oportunidade de esclarecer suas dúvidas

referentes ao conteúdo deste termo de consentimento e à participação neste estudo de pesquisa.

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador (em letra de forma)

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Produções Acadêmicas

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica



1. MATTOS, R. S. ; CASTRO, J. B. P. ; SABINO, C. ; SANTO, W. R. E. ; FLORENTINO, J. O. ; MENEZES, L. S. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** ; NASCIMENTO, S. S. . The contemporary myth of sports heroin: from war to podium. CADERNO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE, v. 17, p. 1-8, 2019.
2. ★ [doi>](#) **OLIVEIRA, LEONARDO HERNANDES DE SOUZA**; MATTOS, RAFAEL DA SILVA ; CASTRO, JULIANA BRANDÃO PINTO DE ; BARBOSA, JOSÉ SILVIO DE OLIVEIRA ; CHAME, FLÁVIO ; VALE, RODRIGO GOMES DE SOUZA . Effect of supervised physical exercise on flexibility of fibromyalgia patients. REVISTA DOR, v. 18, p. 145-149, 2017.
3. ★ [doi>](#) **OLIVEIRA, LEONARDO HERNANDES DE SOUZA**; MATTOS, RAFAEL DA SILVA ; CASTRO, JULIANA BRANDÃO PINTO DE ; THEREZINHA LUZ, MADEL . Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. PHYSIS. REVISTA DE SAÚDE COLETIVA (ONLINE), v. 27, p. 1309-1332, 2017.
4. MATTOS, R. S. ; NASCIMENTO, S. S. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** ; CASTRO, J. B. P. ; AQUINO, F. . COLÔNIAS DE FÉRIAS: DISCIPLINA E BIOPOLÍTICA INFANTIL. Revista Licere, v. 20, p. 392-423, 2017.

Capítulos de livros publicados

1. ★ **OLIVEIRA, L. H. S.**; MATTOS, R. S. ; NASCIMENTO, S. S. . A determinação social no processo saúde-doença da fibromialgia. In: Rafael da Silva Mattos. (Org.). Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar. 1ed.Curitiba: CRV, 2019, v. , p. 143-160.
2. CAVALIERE, M. L. A. ; MATTOS, R. S. ; BARBOSA, J. S. O. ; SOUZA, J. M. A. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** ; NASCIMENTO, S. S. . Tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia: 18 anos de experiência na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). In: Rafael da Silva Mattos. (Org.). Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar. 1ed.Curitiba: CRV, 2019, v. , p. 225-232.
3. ★ **OLIVEIRA, L. H. S.**; CHAGAS, F. A. S. ; NASCIMENTO, S. S. ; SILVA, E. R. . Foucault - "Vigiar e punir: nascimento da prisão". In: Silvio Telles; Renato Novaes. (Org.). Reflexões sobre corpo, esporte e sociedade. 1ed.Rio de Janeiro: Autografia, 2019, v. 1, p. 9-301.
4. **OLIVEIRA, L. H. S.**; CASTRO, J. B. P. ; MATTOS, R. S. ; VALE, R. G. S. . Prescrição do treinamento de flexibilidade para pacientes com fibromialgia. In: Rafael da Silva Mattos. (Org.). Dor crônica e fibromialgia: uma visão interdisciplinar. 1ed.Curitiba: CRV, 2019, v. , p. 215-224.

Resumos expandidos publicados em anais de congressos

1. **OLIVEIRA, L. H. S.**; MATTOS, R. S. ; NASCIMENTO, S. S. . Interdisciplinaridade e práticas corporais: o apoio social como pilar para a pessoa com fibromialgia. In: II Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (II CIEFD), 2019, Rio de Janeiro. Anais do Congresso Internacional de Educação Física e Desportos. Rio de Janeiro: Revista de Educação Física / Journal of Physical Education, 2019. v. 88. p. 8-10.
2. NASCIMENTO, S. S. ; MATTOS, R. S. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** . A violência nas colônias de férias: práticas de saúde sob a lógica da agressão. In: II Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (II CIEFD), 2019, Rio de Janeiro. Anais do Congresso Internacional de Educação Física e Desportos. Rio de Janeiro: Revista de Educação Física/Journal of Physical Education, 2019. v. 88. p. 13-14.
3. GRIVET, E. Q. ; CHAGAS, F. A. S. ; MATTOS, R. S. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** ; NASCIMENTO, S. S. . A estética do músculo no fisiculturismo e o fim da adiposidade. In: I Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (I CIEFD), 2018, Rio de Janeiro. Anais do I Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (I CIEFD). Rio de Janeiro: Revista de Educação Física / Journal of Physical Education, 2018. v. 87. p. 633-635.
4. NASCIMENTO, S. S. ; MATTOS, R. S. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** ; CHAGAS, F. A. S. ; GRIVET, E. Q. ; BARBOSA JUNIOR, A. S. C. . Colônias de Férias e mercado: a perspectiva de professores atuantes no Município do Rio de Janeiro. In: I Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (I CIEFD), 2018, Rio de Janeiro. Anais do I Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (I CIEFD). Rio de Janeiro: Revista de Educação Física / Journal of Physical Education, 2018. v. 87. p. 673-675.
5. **OLIVEIRA, L. H. S.**; MATTOS, R. S. ; NASCIMENTO, S. S. ; CHAGAS, F. A. S. ; BARBOSA JUNIOR, A. S. C. ; GRIVET, E. Q. . A longitudinalidade do cuidado na fibromialgia: diagnóstico e práticas corporais. In: I Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (I CIEFD), 2018, Rio de Janeiro. Anais do I Congresso Internacional de Educação Física e Desportos (I CIEFD). Rio de Janeiro: Revista de Educação Física / Journal of Physical Education, 2018. v. 87. p. 622-624.

Resumos publicados em anais de congressos

1. **OLIVEIRA, L. H. S.**; MATTOS, R. S. ; NASCIMENTO, S. S. . Sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2018, Rio de Janeiro. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Campinas: GALOÁ, 2018.
2. NASCIMENTO, S. S. ; MATTOS, R. S. ; **OLIVEIRA, L. H. S.** ; AQUINO, F. S. D. . Colônias de férias: política de lazer ou mais uma instituição de controle?. In: III Congresso Brasileiro de Estudos do Lazer / XVII Seminário 'O Lazer em Debate', 2018, Campo Grande - MS. DIREITOS SOCIAIS, POLÍTICAS PÚBLICAS DE ESPORTE E LAZER. Campo Grande, MS: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2018. p. 19-20.

APÊNDICE C – Google Docs (Formulários Google)

Práticas corporais e o tratamento interdisciplinar de pessoas com fibromialgia: a dádiva do cuidado

Solicito sua participação voluntária nesta pesquisa coordenada pelo pesquisador Prof. Ms. Leonardo Hernandes de Souza Oliveira, do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O objetivo desta pesquisa envolve compreender o tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia como um sistema de troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde, acolhimento e vínculo). O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto - CEP HUPE em 28/11/2019 - CAAE: 25727419.0.0000.5259 - Número do Parecer: 3.732.587

***Obrigatório**

Endereço de e-mail *

Seu e-mail

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa "Fibromialgia, práticas corporais e interdisciplinaridade", sob a responsabilidade do pesquisador Leonardo Hernandes de Souza Oliveira, a qual pretende compreender o tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia como um sistema de troca de dádivas simbólicas (cuidado em saúde, acolhimento e vínculo) que se estabelece entre os pacientes e os profissionais de saúde, por meio de questionários com pacientes que participam gratuita e voluntariamente das atividades do Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com profissionais que atuam na interdisciplinaridade do Programa. A participação nessa pesquisa se dará por meio deste questionário. Não haverá nenhum outro tipo de intervenção. Se você aceitar participar, estará contribuindo com uma pesquisa que poderá possibilitar uma intervenção mais adequada no tratamento de pessoas com fibromialgia. O Sr (a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo garantido o sigilo e o anonimato. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua São Francisco Xavier N° 524 (prédio da UERJ) – 8° andar – bloco F – Sala 8.104, pelo telefone (21) 2334-0107, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUPE, na Avenida Vinte e Oito de Setembro, 77 Térreo – Vila Isabel, Rio de Janeiro-RJ, telefone (21) 2868-8253 *

- CONCORDO - Eu fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. A linguagem foi acessível e minhas dúvidas foram esclarecidas. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou receber remuneração financeira e que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.
- NÃO CONCORDO

Dados Socioemográficos

Primeiro preciso saber um pouco sobre você:

Idade *

Sua resposta

Tem filhos(as) *

Sua resposta

Estado Civil *

- solteiro(a)
- separado(a)
- divorciado(a)
- viúvo(a)
- casado(a)
- namorando

Bairro ***Escolaridade ***

- Ensino Superior
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós- Doutorado

Profissão *

Sua resposta

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**PARTE I - TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR PARA PACIENTES COM FIBROMIALGIA (TIF)**

APENAS PARA OS COORDENADORES GERAIS DO PROJETO. CASO VOCÊ NÃO SEJA, AVANÇAR PARA A PARTE II

A) COMO OS PACIENTES COM FIBROMIALGIA SÃO ENCAMINHADOS AO TIF?

Sua resposta

B) QUAL É A RELAÇÃO ENTRE O TIF, O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO E A POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO?

Sua resposta

C) O TIF POSSUI RELAÇÕES COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE? QUAIS?

Sua resposta

D) OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS ENCAMINHAM PACIENTES AO TIF?

Sua resposta

E) QUAL É A VISÃO OU MISSÃO DO TIF?

Sua resposta

PARTE II - ATUAÇÃO PROFISSIONAL
PARA TODOS OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A) QUAL É A SUA RELAÇÃO PROFISSIONAL COM O TIF? *

Sua resposta

B) COMO É A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM OS PACIENTES COM FIBROMIALGIA DO TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR? *

Sua resposta

D) A FORMA DE SE RELACIONAR COM OS PACIENTES INTERFERE NO TRATAMENTO? POR QUÊ? *

Sua resposta

E) O QUE PODE SER OFERECIDO AOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE? *

Sua resposta

F) QUAIS SÃO OS REQUISITOS INDISPENSÁVEIS QUE UM BOM PROFISSIONAL DE SAÚDE DEVE POSSUIR NO CONTATO COM PACIENTES COM FIBROMIALGIA? *

Sua resposta

G) QUAL É A IMPORTÂNCIA DO AFETO, ESCUTA E CUIDADO NA INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA? *

Sua resposta

PARTE III - DOR CRÔNICA E SAÚDE
PARA TODOS OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A) O QUE É A DOR DA FIBROMIALGIA? *

Sua resposta

B) O QUE PODE SER OFERECIDO PARA A DOR DO PACIENTE COM FIBROMIALGIA? *

Sua resposta

C) QUAIS SÃO AS ESTRATÉGIAS QUE O PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE DESENVOLVER PARA O PACIENTE CUIDAR UM POUCO MAIS DA SAÚDE E DO CORPO? *

Sua resposta

PARTE IV - AS DEMANDAS DOS PACIENTES
PARA TODO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A) QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS DEMANDAS E FRUSTRAÇÕES DOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA? *

Sua resposta

B) EXISTE UMA PROBLEMÁTICA ENTRE O PACIENTE COM FIBROMIALGIA E O DIAGNÓSTICO? POR QUÊ? *

Sua resposta

C) OS PACIENTES RETRIBUEM O ATENDIMENTO RECEBIDO? SE SIM, COMO? *

D) EXISTE UM RECONHECIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE POR PARTE DO PACIENTE? SE SIM, COMO? *

Sua resposta

ANEXO A – AEDA- PRACORSAU

UERJ	ATO EXECUTIVO DE DECISÃO ADMINISTRATIVA	IDENTIFICAÇÃO	DATA	FOLHA	
		AE -030 /REITORIA/ 2014	11 /06/2014	01	02

**Cria o Programa de Extensão
PRÁTICAS CORPORAIS DE
SAÚDE - PRACORSAU**

O Reitor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de incentivar as ações de Extensão, estudos e difusão do conhecimento em Práticas Corporais de Saúde,

R E S O L V E:

Art. 1º - Criar o Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde - PRACORSAU, que tem como objetivos:

- promover ações de extensão, estudos, cursos de extensão, palestras e eventos acadêmicos, visando uma maior discussão das Práticas Corporais de Saúde;
- promover grupos de estudo, cursos, eventos, debates e publicações abordando a questão da saúde enquanto elemento constituinte e valioso do sujeito e das populações no século XXI;
- realizar seminários, congressos e palestras com o objetivo de tornar públicas a pesquisa e a produção intelectual inserida ou não no espaço acadêmico;
- estabelecer parcerias e intercâmbios com outras instituições, visando uma maior divulgação das produções do programa e a troca de conhecimentos entre diferentes espaços;
- promover o encontro de professores, alunos e técnico-administrativos da UERJ que se dedicam em pensar a saúde e as práticas corporais;
- proporcionar a inclusão de todas as pessoas interessadas - pertencentes ou não à comunidade da UERJ - na prática de atividades corporais.



UERJ	ATO EXECUTIVO DE DECISÃO ADMINISTRATIVA	IDENTIFICAÇÃO	DATA	FOLHA	
		AE -030 /REITORIA/ 2014	// /06/2014	02	02

Art. 2º - O PRACORSAU será subordinado administrativamente à Sub-Reitoria de Extensão e Cultura – SR-3, e academicamente ao Departamento de Ciências da Atividade Física - DCAF do Instituto de Educação Física e Desportos - IEFD da UERJ.

Art. 3º - Para seu funcionamento o PRACORSAU contará com o apoio da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura – SR-3, do Centro de Educação e Humanidades - CEH e demais componentes organizacionais da UERJ, necessários ao seu funcionamento.

Art. 4º - Caberá à SR-3 estabelecer as normas complementares, disciplinando os procedimentos para execução do presente Ato Executivo de Decisão Administrativa.

Art. 5º - Este Ato Executivo de Decisão Administrativa entra em vigor na presente data, revogadas as disposições em contrário.

UERJ, em // de junho de 2014.



RICARDO VIEIRALVES DE CASTRO
Reitor

ANEXO B – Questionário Sociodemográfico

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS	
---	---	---

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Prof. Dr. Rafael Mattos
Prof. Adjunto IEFD/UERJ

<p>Idade: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>Cor de pele (auto-declaração): _____</p> <p>Filhos: <input type="checkbox"/> sim. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> não</p> <p>Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro (a) <input type="checkbox"/> separado (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> namorando (a)</p> <p>Religião: _____</p> <p>Bairro: _____</p> <p>Cidade: _____</p> <p>Escolaridade: <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino superior. Qual? _____ <input type="checkbox"/> especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Nacionalidade: _____</p>	<p>Naturalidade: _____</p> <p>Renda familiar: _____</p> <p>Renda própria: _____</p> <p>Contribuição na renda familiar: <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> nenhuma</p> <p>Doenças passadas ou atuais: <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> câncer <input type="checkbox"/> doenças pulmonares <input type="checkbox"/> doenças cardíacas <input type="checkbox"/> doenças reumáticas <input type="checkbox"/> outras: _____</p>
--	---