



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Educação Física e Desportos

Leonardo Hernandes de Souza Oliveira

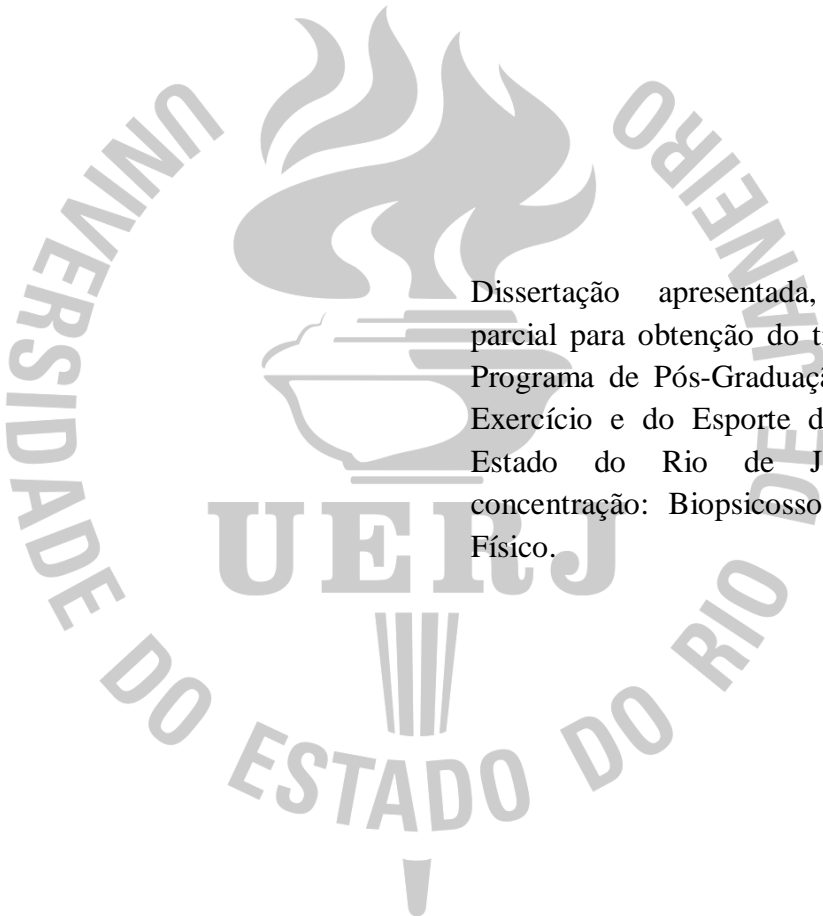
**Sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes  
diagnosticados com fibromialgia**

Rio de Janeiro

2017

Leonardo Hernandes de Souza Oliveira

**Sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes  
diagnosticados com fibromialgia**



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

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silva Mattos

Rio de Janeiro

2017

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

O48 Oliveira, Leonardo Hernandes de Souza.  
Sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia / Leonardo Hernandes de Souza Oliveira. – 2017.  
146 f. : il.

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

1. Fibromialgia - Teses. 2. Corpo humano – Aspectos sociais – Teses. 3. Bem estar – Teses. 4. Sociabilidade – Teses. 5. Cuidados pessoais com a saúde – Teses. 6. Valores sociais – 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

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

---

Assinatura

---

Data

Leonardo Hernandes de Souza Oliveira

**Sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes  
diagnosticados com fibromialgia**

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

Aprovada em 16 de fevereiro de 2017.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Rafael Mattos (Orientador)  
Instituto de Educação Física e Desportos – UERJ

---

Prof. Dr. Rodrigo Gomes de Souza Vale  
Instituto de Educação Física e Desportos – UERJ

---

Prof. Dr. Cesar Sabino  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação de mestrado ao meu avô e amigo Nilson Hernandes, que participou intensamente da minha formação em todas as fases da minha vida. Infelizmente faleceu em abril de 2015, ano que ingressei no mestrado. Obrigado por todos os ensinamentos, pela amizade, pelo carinho e pelos inúmeros momentos incríveis que passamos juntos.

## **AGRADECIMENTOS**

Não posso deixar de agradecer em um primeiro momento aos meus pais, Ricardo Rodrigues e Tania Mara, por todo o incentivo e apoio, tanto nas questões acadêmicas quanto nas questões pessoais. Posso afirmar com total clareza que se não fosse o empenho e a confiança dos meus pais eu não estaria cursando uma pós-graduação nos dias de hoje. Sempre fui incentivado a estudar.

Gostaria de agradecer também ao meu irmão e amigo, Ricardo Junior, uma das pessoas mais brilhantes que já conheci em toda a minha vida. Aos poucos, tento trilhar os caminhos percorridos pelo meu irmão nessa batalha difícil, estressante e árdua que é a pós-graduação. Obrigado pelo incentivo, amizade e ensinamentos.

Agradecimento especial a minha namorada, parceira de profissão e futura esposa, Stephany de Sá Nascimento. Quando trilha-se um caminho ao lado da pessoa que ama, pode ter certeza que os obstáculos tornam-se menores. Obrigado pelo carinho, amor, confiança e por todos os ensinamentos. Pode ter certeza que o nosso amor fez esta pesquisa se tornar realidade. São 5 anos, quase 6, de muito amor envolvido.

Agradeço também aos outros familiares que fizeram parte da minha trajetória. Meu avô Antônio, pelo incentivo nos estudos e pela amizade; minhas avós, Ana e Josélia, pelo carinho e amor; meus primos, Júlio César e Marcos, pela amizade e resenhas; minha tia Verônica, pelo incentivo nos estudos e por todo o carinho; meus primos, Edinho e Rodrigo, pela amizade; minha cunhada Letícia, pelo carinho e amizade; meus sogros Sandra e Edmilson, pelo carinho e confiança; meu cunhado Luiz, pelas resenhas e amizade e; meu amigo Peppo, pelas grandes aventuras.

Não posso deixar de agradecer, em hipótese alguma, ao meu orientador Rafael Mattos. Além de ser um professor/profissional/orientador/coordenador fora de série, é um ser humano ímpar. Obrigado pela paciência, incentivo e confiança. Agradeço neste momento também a todos os professores que aceitaram participar da banca: professores César e Rodrigo e professoras Monique e Madel.

Gostaria de agradecer também aos pacientes do grupo de Transição, do Projeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia”, que participaram do estudo. Todos os pacientes disponibilizaram um tempo de suas rotinas e vidas para contribuir com o presente estudo. Muito obrigado.

Agradeço a todos os professores do LAFISAEF que eu tive o prazer de trabalhar. Um agradecimento especial ao professor Sílvio, que além de ser um exímio profissional é um excelente ser humano; à professora Lúcia, pela significativa contribuição na minha formação desde os tempos de estágio e por todas as orientações profissionais e pessoais e; à professora Jerusa, pela contribuição na minha formação. Um ser humano iluminado!

Agradeço também aos amigos da 2010.1, pelos momentos inesquecíveis que vivenciamos: churrascos, festas, choppadas, juefs e etc. Um agradecimento especial aos amigos Pedro Dias, Gustavo Guttler, Douglas Nunes e Letícia Machado. Não posso me esquecer dos meus amigos que também fizeram parte da turma: Rodrigo Leandro, Rômulo, Raphael, Gabriel, Yuri Pires, Yuri Guimarães, Mychel, Daniel, Carlos, Maíra e Rodolfo. Todos foram importantíssimos nesses anos de UERJ.

Gostaria de agradecer aos Madeireiros da UERJ, pelas resenhas e principalmente pelos momentos insanos vivenciados em meados de 2012. Valeu rapaziada: Helder Santos, Vinícius Gugu, Lucas Ometto, Lucas Valente, Pedro Cherem, Luiz Felipe, Lucas Batista, Thales, Gustavo Machado, Tamyra, Sabino, Fabiano, Pedro Campos e Raphael Sperle.

Agradeço também aos amigos que fiz na UERJ. Apesar de não terem feito parte da minha turma foram importantes durante este processo: Diogo Britto, Gabriel Oliveira, Blena, Matheus Memére, Claudeir, Diogo Batista, Fernanda Andressa, Raphael Alvarenga e Felipe Sousa. Apesar da distância, um agradecimento aos amigos dos tempos de escola: Thiago Gama, Thais Nascimento, Henrique, Leonardo Froes, Cosme, Christiano, Thiago, Leonardo Rosa e Douglas.

## RESUMO

OLIVEIRA, Leonardo Hernandes de Souza. *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.

A fibromialgia é uma síndrome reumática que atinge principalmente mulheres, sendo caracterizada principalmente por dor musculoesquelética crônica e difusa e por 11 de 18 pontos dolorosos à palpação (tender points). O diagnóstico da síndrome é predominantemente clínico e caracterizado pela ausência de substrato anatômico, o que pode promover uma conturbada relação médico-paciente, pois a racionalidade médica ocidental reconhece a legitimidade de patologias a partir dos exames bioquímicos e radiológicos. As práticas corporais de saúde apontam para a existência de sentidos e significados relativos à saúde e à vida social em geral, compreendendo o movimento humano dotado de valores, desejos e significados socioculturais. Diante da crise ética e epistemológica da saúde os estudos ressaltam a importância das práticas corporais de saúde para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Práticas corporais de saúde estão sendo utilizadas como terapêutica não farmacológica para pacientes com fibromialgia. O objetivo do presente estudo foi compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas abertas com os 8 (oito) pacientes do PRACORSAU e de observação não-sistemática. A metodologia de análise dos dados utilizada foi a análise da ordem do discurso na perspectiva de Michel Foucault. Os discursos apontaram sentidos relacionados ao acolhimento, ao vínculo, à longitudinalidade do cuidado, à resolutividade em saúde, à vitalidade e até mesmo à interdisciplinaridade.

Palavras-chave: Fibromialgia. Práticas corporais de saúde. Sentidos.



## ABSTRACT

OLIVEIRA, Leonardo Hernandes de Souza. *Senses attributed to corporal practices of health from the perspective of patients diagnosed with fibromyalgia*. 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.

Fibromyalgia is a rheumatic syndrome that mainly affects women, being characterized primarily by diffuse and chronic musculoskeletal pain and 11 of 18 tender points on palpation. The diagnosis of the syndrome is predominantly clinical and characterized by the absence of anatomical substrate, which can promote a troubled relationship between the doctor and the patient, because biomedicine recognizes the legitimacy of diseases through biochemical and radiological exams. The corporal practices of health point to the existence of senses and meanings related to health and social life in general, comprising human movement endowed with values, desires and socio-cultural meanings. Given the ethical and epistemology crisis of health studies highlights the importance of corporal practices of health for people with chronic non-communicable diseases. Corporal practices of health are being used as non-pharmacological therapy for patients with fibromyalgia. The aim of this research project was to understand the senses attributed to corporal practices of health from the perspective of patients diagnosed with fibromyalgia. The collection of data was conducted through open in-depth interview with the 8 (eight) patients of the PRACORSAU and non-systematic observation. The data analysis methodology was the discourse analysis in Michel Foucault perspective. The discourses pointed out meanings related to the reception, the attachment, the longitudinality of the care, the resolutiveness in health, the vitality and even the interdisciplinarity.

Keywords: Fibromyalgia. Corporal practices of health. Senses.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 FIBROMIALGIA: TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO OU SÍNDROME REUMÁTICA?</b> .....	20
1.1 <b>Histórico</b> .....	20
1.2 <b>Epidemiologia</b> .....	24
1.3 <b>Saúde mental</b> .....	28
1.4 <b>Terapêuticas</b> .....	33
<b>2 PRÁTICAS CORPORAIS DE SAÚDE</b> .....	35
2.1 <b>Crise da saúde</b> .....	35
2.2 <b>Práticas corporais de saúde</b> .....	40
<b>3 ANÁLISE DA ORDEM DO DISCURSO</b> .....	45
<b>4 MÉTODOS</b> .....	56
4.1 <b>PRACORSAU</b> .....	56
4.2 <b>Amostra e procedimentos éticos</b> .....	60
4.3 <b>Caracterização da amostra</b> .....	62
4.4 <b>Entrevista aberta em profundidade</b> .....	68
4.5 <b>Considerações acerca do método</b> .....	72
4.6 <b>Análise de dados: análise do discurso</b> .....	75
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	78
5.1 <b>ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS CORPORAIS</b> .....	78
5.2 <b>SÍNDROME REUMÁTICA OU SÍNDROME DA TRISTEZA?</b> .....	85
5.3 <b>A ESPERANÇA DO SERVIÇO PÚBLICO GRATUITO E DE QUALIDADE</b> .....	104
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	121
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	126
<b>APÊNDICE</b> - Artigo submetido (em avaliação) .....	140
<b>ANEXO A</b> – Projeto de Lei 6858/13.....	141
<b>ANEXO B</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	142
<b>ANEXO C</b> – Aprovação do Comitê de Ética do HUPE.....	143
<b>ANEXO D</b> – AEDA: PRACORSAU .....	144
<b>ANEXO E</b> - Questionário Sociodemográfico .....	146

## INTRODUÇÃO

A pesquisa com o tema de “Práticas corporais de saúde e fibromialgia” foi desenvolvida com o objetivo de compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia participantes do Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde (PRACORSAU). O atual estudo está inserido na linha de pesquisa psicossociocultural do Programa de Pós-graduação em Ciências do Exercício físico e do Esporte, pois tem como objeto de estudo o exercício físico dotado de significação sociocultural, valores, sentidos, significados e interesses.

Diante da crise ética e epistemológica da saúde os estudos ressaltam a importância das práticas corporais de saúde para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). A crise ética está diretamente ligada à conturbada relação médico-paciente, relação essa que é ignorada pelas medicinas tradicionais, onde a doença é entendida como o objeto de estudo. Enquanto um dos fatores determinantes para a crise epistemológica da saúde é a fragmentação do conhecimento, pois as novas descobertas em saúde não estão suprimindo as exigências dos pacientes com fibromialgia. Práticas corporais de saúde estão sendo utilizadas como terapêutica não farmacológica para pacientes com fibromialgia (LUZ, 2005; MORETTI *et al.*, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2010; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2016).

A fibromialgia é uma síndrome reumática, não articular, de origem desconhecida, que atinge muitas mulheres, chegando a atingir cerca de 2% da população brasileira. É caracterizada principalmente por dor musculoesquelética crônica, difusa e por pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos à palpação (*tender points*). A fibromialgia está associada frequentemente a um conjunto de sinais e sintomas, como por exemplo, a fadiga generalizada, a rigidez matinal, distúrbios do sono, dores de cabeça, ansiedade, distúrbios do humor, depressão e dispneia (SANTOS *et al.*, 2006; ÁLVARES, LIMA, 2010; CAVALCANTE *et al.*, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2010; MATTOS, LUZ, 2012).

A prevalência da fibromialgia varia entre 0,66% e 4,4%, na população mundial, sendo responsável por aproximadamente 15% das consultas ambulatoriais de reumatologia, e 5% a 10% nos ambulatórios de clínica geral. Levando em consideração o Brasil, a síndrome acomete aproximadamente cerca de 2% da população (PROVENZA *et al.*, 2004; CAVALCANTE *et al.*, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2010; MATTOS, LUZ, 2012).

De acordo com alguns autores, a fibromialgia acomete principalmente as mulheres (BRASIO et al., 2003; CAVALCANTE et al., 2006; ALVARES, LIMA, 2010; HECKER et al., 2011; MATTOS, LUZ, 2012). Na concepção de Hecker et al. (2011) cerca de 88% dos acometidos pertencem ao sexo feminino. Para Cavalcante et al. (2006), as mulheres são oito vezes mais afetadas que os homens e; segundo Álvares e Lima (2010), essa condição crônica acomete uma proporção de 6 a 10 mulheres para cada homem.

Sendo uma das síndromes reumatológicas mais frequente, a maior prevalência ocorre entre 30 e 50 anos de idade, com picos de incidência média aos 52 anos de idade, sendo possível também ser identificada na infância e mais rara após os 60 anos de idade. (BRASIO et al., 2003; PROVENZA et al. 2004; HEYMANN et al., 2010a).

Vale ressaltar que o quadro clínico da síndrome costuma ser amplo, porém o principal sintoma presente em todos os pacientes é a dor difusa e crônica, envolvendo o esqueleto axial e apendicular. Outros sintomas costumam acompanhar o quadro doloroso da fibromialgia: fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, sensação de edema. A fibromialgia também está associada a outras comorbidades, sendo a depressão, a ansiedade e a síndrome do colón irritable as mais frequentes. (PROVENZA et al. ,2004; HEYMANN et al., 2010a).

A síndrome é constantemente associada à incapacidade funcional (HECKER et al., 2011). Devido às modificações decorrentes nos padrões interpessoais, profissionais, familiares e sociais, a fibromialgia provoca um impacto negativo e significativo no nível de vida dos pacientes. Esse impacto correlaciona-se fortemente com a intensidade da dor, com a fadiga originada e com o decréscimo da capacidade funcional (PROVENZA et al., 2004).

Em relação ao diagnóstico da síndrome, é baseado predominantemente em critérios clínicos, devido à ausência de exames complementares que a identifiquem (CAVALCANTE et al., 2006; MAEDA et al., 2006). Em um estudo inicial do Colégio Americano de Reumatologia, Wolfe et al. (1990) estabeleceram os seguintes critérios diagnósticos para a síndrome de fibromialgia: dor difusa presente no esqueleto axial e em ambos os hemicorpos, acima e abaixo da cintura; dor em 11 ou mais dos 18 tender points<sup>1</sup> e dor crônica por mais de três meses.

Os exames laboratoriais (biópsias, raios-x, marcadores sanguíneos) se mostram normais, ou sem alterações orgânicas, fazendo com que o diagnóstico seja essencialmente clínico, sendo baseado nas queixas de dor generalizada e na presença de pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos utilizados para a diferenciação de outras enfermidades. Esses 18 pontos

---

<sup>1</sup>Sítios anatômicos pré-estabelecidos e dolorosos à palpação.

representam a região da nuca, ombro, braço, cotovelo, costas, quadril, coxas, pernas, joelhos e parede do peito, e a especificação da presença de todos esses pontos dolorosos é característica apenas em pacientes com fibromialgia (BRASIO et al. , 2003; MATTOS, LUZ, 2012).

Sá et al. (2005) chamam atenção para o diagnóstico de doenças crônicas, pois os mesmos causam consequências inegáveis nas vidas dos acometidos. Lavando em consideração a fibromialgia, os pacientes normalmente apresentam uma perda considerável da qualidade de vida<sup>2</sup>, uma vez que a síndrome afeta os indivíduos em termos físicos, psicológicos e sociais.

Diante de um diagnóstico em que os fatores etiológicos ainda não foram completamente estabelecidos, as causas da fibromialgia ainda não foram desvendadas por completo (BRADARIOL, GOMES, 2008; ÁLVARES, LIMA, 2010). Alguns estudos mostram a relação do início dos sintomas com um evento específico, como acidente de carro, infecção, sobrecarga no trabalho, trauma emocional (REILLY, 1993; ÁLVARES, LIMA, 2010).

Os pacientes com fibromialgia muitas vezes são considerados pacientes da psiquiatria, pois não apresentam alterações fisiológicas objetivas, a partir dos exames biomédicos (testes laboratoriais, reio-x, exame de sangue, biópsias), reforçando a crença de que a fibromialgia é uma psicopatologia, principalmente porque a racionalidade biomédica ou hegemônica não consegue um consenso diagnóstico. A racionalidade médica<sup>3</sup> científica ocidental<sup>4</sup> reconhece a legitimidade de patologias a partir dos exames biomédicos, crescentemente por imagens. Dentro desse contexto, o quadro clínico torna-se incerto e o sujeito é enviado ao psiquiatra (EL-HAGE et al., 2006; MATTOS, LUZ, 2012).

Sá et al. (2005) reforçam a rotulação que os pacientes com fibromialgia sofrem ao serem classificados como doentes psiquiátricos, porém essa categorização é decorrente da incapacidade da biomedicina em lidar com um quadro subjetivo. As dores e as queixas generalizadas existem, porém não são comprovadas pelas análises biomédicas.

---

<sup>2</sup> A percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> Biomedicina.

Em sua obra intitulada “Compreender a Dor”, Le Breton (2007) afirma que a dor não é apenas sensorial, relacionada à fisiologia e isenta da dimensão afetiva. O antropólogo diz que não existe dor sem sofrimento, sendo a dor sentida e percebida por aquele que a sofre.

De acordo com Le Breton (2011), a experiência da dor, da fadiga é sempre vivida à maneira de uma estranheza absoluta, de uma irredutibilidade a si, sendo contrária à experiência do prazer. O autor ressalta que a dor esparteja o sentimento da presença, carregando consigo a angústia e a incerteza. Canesqui (2007) adiciona que a dor está no centro da relação do indivíduo com o mundo e de sua experiência acumulada com ele, ultrapassando, assim, as configurações impostas pela medicina.

No estudo de Mattos e Luz (2012), o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico pode durar cerca de 10 (dez) anos. Vale ressaltar que essa demora não pode ser apenas explicada pelo aparecimento gradativo dos sintomas, pois deve-se levar em consideração também 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.

Apesar dos avanços científicos em relação à fibromialgia Peres (2004) ressalta que o diagnóstico precoce ainda é um desafio a ser conquistado, pois as doenças que se baseiam por sintomas são subjetivas por natureza. O autor adiciona mais dois pontos que podem estar relacionados com a dificuldade diagnóstica: a fibromialgia passou a ser estudada apenas duas décadas atrás e a não existência de um padrão ouro para o diagnóstico da síndrome.

Choy et al. (2010) destacam o conjunto de sinais e sintomas da fibromialgia como um dos responsáveis do atraso diagnóstico. No estudo em questão houve uma demora de dois, três anos, em média, até o diagnóstico, sendo que cada paciente, em média, passou por três, sete médicos. Os múltiplos sintomas e a dificuldade na descrição dos sintomas por parte dos pacientes apresentam um grande impacto no diagnóstico da síndrome.

De acordo com as padronizações biomédicas, a fibromialgia está limitada a um mal-estar multiforme subjetivo, pois não pode ser detalhada em sua etiologia e mecanismos fisiopatológicos. A fibromialgia permanece inexplicada, possuindo uma característica invisível, porém estando frequentemente associada à depressão (SORDET-GUEPET, 2004; MATTOS, LUZ, 2012).

A depressão é sempre uma questão importante a ser considerada, pois além de existir uma proximidade com a fibromialgia, embora ainda não seja possível estabelecer uma relação causal, dados epidemiológicos ressaltam elevados níveis de depressão e ansiedade em

pacientes diagnosticados com fibromialgia. Cerca de 20% a 80% dos pacientes têm depressão e 49% a 80% alguma anormalidade psicológica que inclui a ansiedade (BERBER et al., 2005; SANTOS et al., 2012; MATTOS, LUZ, 2012).

Dentro dessa realidade, o paradigma da biomedicina se fundamenta valorizando a pesquisa científica biológica, pois apenas os testes estatísticos, os protocolos e procedimentos biomédicos podem afirmar se algo é verdadeiro, se algo é válido. A verdade da cura limita-se a cura da doença cientificamente definida. Frequentemente, a biomedicina retira a influência da cultura nos processos de dor, explicando seus mecanismos apenas pelas ciências biomédicas (LUZ, 2005; TESSER, 2007; LUZ, 2011; MATTOS, LUZ, 2012).

Segundo Luz (2005), a racionalidade médica ocidental deveria estar também preocupada com a arte de curar o sujeito. Aos poucos, essa medicina foi se distanciando da sua característica terapêutica, 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.

Os pacientes doentes precisam saber sobre o tratamento, não bastando apenas o nome da patologia, pois deveriam saber se e como serão tratados, cuidados e quais seriam os caminhos para tal. Dentro dessa realidade, a racionalidade médica ocidental não consegue suprir esse espaço causado pelas doenças, principalmente àquelas caracterizadas pela ausência de substrato anatômico, fazendo com que outras racionalidades e práticas preencham esse espaço (LUZ, 2005).

A relação médico-paciente é constantemente ignorada pela Biomedicina, pois enxerga o indivíduo doente como cliente e não como um sujeito dotado de valores, desejos, interesses e significados socioculturais. Essa relação é importantíssima para que a cura possa ser estabelecida, entretanto as racionalidades médicas ocidentais tendem a objetivar ao máximo essa relação. As medicinas alternativas (tradicional chinesa e homeopatia) ganham destaque, pois buscam acentuar a autonomia do paciente, fazendo com que o paradigma seja centrado na saúde e não na doença (LUZ, 2005).

Segundo Le Breton (2011), em sua obra intitulada “Antropologia do Corpo e Modernidade”, a medicina clássica 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 vesaliana, interessando-se pelo corpo, pela doença, porém não pelo doente.

Diante desse contexto, um dos objetivos específicos do presente estudo foi compreender a relação médico-paciente, principalmente no contexto do diagnóstico da fibromialgia. A compreensão desse objetivo específico foi um caminho para se alcançar o objetivo geral do estudo. Por se tratar de uma síndrome, que em geral está acompanhada por um conjunto de sinais e sintomas, um dos objetivos específicos do estudo foi identificar a presença de sinais e sintomas associados à fibromialgia.

Medicalizar a população ou prevenir doenças não é o suficiente, pois é necessário também proporcionar uma qualidade de vida para a população. A saúde era representada até então por um paradigma de normalidade-ausência de doença, fixo no saber biomédico. Porém, os programas de saúde precisam ter uma visão além da prevenção de doenças, levando em consideração as condições sociais dos grupos que estão usufruindo desses serviços (GOMES, PINHEIRO, 2005; LUZ, 2005).

Segundo Lechopier (2015), a medicalização constitui o conjunto de fenômenos pelos quais os programas de saúde pública contribuem para a expansão do poder médico na sociedade. É considerada um conceito crítico que auxilia a entender os efeitos políticos e sociais dos programas de saúde pública. Os problemas sociais acabam sendo designados, seguindo essa lógica, segundo uma terminologia médica e de saúde, legitimando assim as soluções médicas.

De acordo com Machado e Lessa (2012) o fenômeno da medicalização reduz todas as formas de vida, de subjetividade, ao simples fato biológico da vida. As autoras citam a farmacologia como uma racionalidade biomédica que promove a medicalização da vida como solução os impasses subjetivos e sociais. Este fenômeno estaria relacionado com a promessa de felicidade, pois os indivíduos consomem excessivamente os fármacos para tentar atingi-la.

Para Barbiani et al. (2014) a medicalização da vida, iniciada com a predominância do olhar médico e do seu uso para o controle social, incorpora interesses políticos, econômicos e científicos que a torna um dos maiores fenômenos contemporâneos de mercantilização da sociedade e dos seus processos vitais.

De acordo com Canguilhem (2006), doente é um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos possíveis de uma vida. A condição de doente implica ser nocivo, indesejável e socialmente desvalorizado. O médico é o sujeito que mais fala em doença, porém é aquele que menos procura e se preocupa com os sentidos das palavras “saúde e doença”, dando atenção apenas para os problemas vitais, biológicos e mensuráveis anatomicamente.



Deve ser levado em consideração também o custo social que a saúde passou a representar, devido à deterioração social e psicossocial característica da globalização, fazendo com que a instabilidade e a insegurança social proporcionem um maior nível de estresse que por consequência gera o adoecimento da população. Todo esse contexto gera um grande mal-estar psicossocial e coletivo, caracterizado por dores difusas, depressão, ansiedade e síndromes que ainda não apresentam definições exatas, sendo condições dificilmente identificadas pela racionalidade médica ocidental (LUZ, 2005; MORETTI et al., 2009).

As pessoas estão buscando as práticas corporais coletivas de saúde, pois nesses espaços a população está buscando a solidariedade e uma rede de sociabilidade. A Medicina tradicional não consegue resolver os problemas da população relacionados ao sofrimento, pois não consegue atuar nos campos do acolhimento e do vínculo (afetividade) (LUZ, 2005; GOMES, PINHEIRO, 2005; MORETTI et al., 2009).

Luz (2005) destaca que as práticas corporais de saúde apontam para a existência de sentidos e significados relativos à saúde e à vida social em geral. As práticas corporais de saúde compreendem o movimento humano dotado de valores, desejos e significados socioculturais, sendo fatores que ultrapassam o biológico. Esse paradigma de saúde-vitalidade está presente em inúmeras práticas corporais, preenchendo em parte o lugar social deixado de lado pela terapêutica da biomedicina, levando em consideração as condições sociais dos indivíduos que usufruem do serviço oferecido.

Para Carvalho (2006), não são todas as atividades físicas que podem ser chamadas de práticas corporais. As práticas corporais nos remetem à descoberta e à consciência do corpo, levando em consideração o significado do cuidar. Dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade e aos seus modos de se expressar pelo corpo. Elas podem compor um espaço interessante na Atenção Básica<sup>5</sup> e na estratégia Saúde da Família<sup>6</sup> com cuidado e atenção em saúde. Esse posicionamento corrobora com González (2015), pois o mesmo destaca que essas práticas vão além de uma possibilidade de atividade física, sendo entendidas como uma prática social de cuidado de saúde.

Essas práticas se proliferaram rapidamente entre as camadas populacionais devido à busca por cuidado e atenção. Entretanto, os indivíduos não estão buscando estas práticas apenas para resolver problemas relacionados com o adoecimento, sofrimento, isolamento e

---

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> Principal ação de organização da Atenção Básica (CARVALHO, 2006).

vulnerabilidade; é mais que isso, os indivíduos estão buscando a recuperação das suas identidades, a reinserção social ou familiar e principalmente a autonomia diante de uma doença (LUZ, 2005; CARVALHO, 2006; CARVALHO, FREITAS, 2006).

Luz (2005), Mattos (2015), Carvalho (2006) compreendem as práticas corporais de saúde como novas práticas terapêuticas corporais. Mattos (2015) entende que elas possibilitam maior autonomia para indivíduos com fibromialgia, resultando em um melhor enfrentamento da síndrome e conseqüentemente, melhorando a saúde e qualidade de vida dos acometidos, ou seja, as práticas produzem novos sentidos e significados para o viver

Um estudo realizado por Lazzarotti et al. (2010) identificou que o termo práticas corporais vem sendo utilizado por vários campos do conhecimento, sendo o campo da Educação Física um dos que mais utilizadores deste termo. Nesse campo, o termo vem sendo valorizado pelos pesquisadores que estabelecem relações com as ciências humanas e sociais. Apesar de não existir um consenso dentro da comunidade acadêmica, o termo apresenta potencialidade para ser estruturado como conceito.

Por operar no campo da integralidade e da vitalidade, o paradigma da saúde-vitalidade ressalta os resultados obtidos pelas práticas de saúde, incentivando um atendimento mais humanizado, enxergando os indivíduos como sujeitos e não clientes. Mais que aplicações e organizações de ideias, as práticas de saúde são agentes que possibilitam transformações sociais, de pensamento e de sentidos (LUZ, 2005; CARVALHO, LUZ, 2009).

Para Carvalho e Luz (2009), os sentidos e significados são originados a partir de uma construção social. Quando se leva em consideração as práticas de saúde, os sentidos e significados atribuídos a elas são construídos a partir das relações estabelecidas entre os atores sociais em determinado contexto histórico, construção essa que se realiza na prática. A partir do seu universo simbólico e das suas relações sociais construídas em suas vivências, o homem consegue atribuir sentidos e significados. Nem sempre estão presentes através da fala, pois se originam também nos gestos e nas expressões corporais; e também podem ser construídos sem existir consciência de fato (CARVALHO, LUZ, 2009).

Vale ressaltar que são atribuídos valores, sentidos e significados a todos os componentes da cultura corporal. Dentro desse contexto, pode-se confirmar que há sentido praticar determinada modalidade desportiva para algumas comunidades, mas para outras essa premissa não é verdadeira (CARVALHO, 2006). Na concepção de González (2015), uma determinada prática corporal é significada de uma maneira dentro de um contexto social e pode assumir outro sentido em outro contexto, corroborando com Carvalho (2006).

Segundo Heymann et al. (2010a), os pacientes com fibromialgia utilizam-se de mais terapias analgésicas que a população normal. Dessa forma, não é de se estranhar que nos EUA seus custos de saúde anuais cheguem a U\$ 9.573,00 por paciente, representando gastos 3 a 5 vezes maiores do que a população em geral. Nas concepções de Salvetti (2004) e Oliveira et al. (2009), a fibromialgia não traz apenas prejuízos para os indivíduos acometidos, pois afeta também a sociedade nas questões laborais e nas procuras contínuas pelos serviços de saúde.

Kassam e Patten (2006) destacam os problemas de saúde pública relacionados com a fibromialgia e com a depressão, pois essas comorbidades geram um ônus econômico considerável, ainda mais quando estão associadas, o que não é difícil. Os gastos alcançam 11,899 dólares por pessoas quando as duas condições estão associadas; 8.073 dólares quando o indivíduo é apenas depressivo e; 5.613 dólares quando o indivíduo tem apenas fibromialgia. Em comparação o gasto com a população, em geral, é de 2.468 dólares por pessoa.

Apesar do tratamento, em geral, ser confiado às técnicas terapêuticas farmacológicas, é sabido que o tratamento precisa envolver uma abordagem interdisciplinar ou multidisciplinar, incluindo assim outras terapias ao tratamento (MARTINEZ, 2010; HEYMANN et al., 2010a; MARTINS et al., 2014). As primeiras diretrizes da fibromialgia que procuraram direcionar o diagnóstico e o tratamento da síndrome foram publicadas em 2004, pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (PROVENZA et al., 2004).

Outro objetivo específico do atual estudo foi identificar outras terapêuticas associadas ao tratamento da síndrome. Identificar as terapêuticas utilizadas pelos pacientes ajudou a compreender a real importância das práticas corporais de saúde durante o tratamento.

Conforme abordado anteriormente, os pacientes com fibromialgia, através das práticas corporais de saúde, conseguem forças para enfrentar o adoecimento e a síndrome. As práticas produzem alguns sentidos e significados para o viver, logo, a questão central do estudo foi investigar os sentidos que os pacientes diagnosticados com fibromialgia atribuem às práticas corporais de saúde.

Apesar dos estudos sobre fibromialgia abordarem constantemente o exercício físico no tratamento da síndrome, o presente estudo vai além, pois aborda o exercício físico enquanto prática corporal de saúde. 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, produzindo alguns sentidos para a saúde e vida social.

Compreender o sentido que pacientes com fibromialgia atribuem às práticas corporais de saúde ajuda a comunidade acadêmica, os pacientes, a família do adoecido e o

estado (enquanto provedor de saúde) a entenderam o real potencial dessas práticas no cotidiano dos pacientes.

Atualmente, o Projeto de lei 6858/13<sup>7</sup>, da deputada Erika Kokay (PT-DF), que obriga o SUS a oferecer tratamento para pessoas com síndrome de fibromialgia ou fadiga crônica está em análise final. O Projeto já foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família e segue para análise em caráter conclusivo pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Inúmeros Projetos de Lei foram desenvolvidos com a intenção de instituir o “Dia Municipal ou Estadual de Conscientização da Fibromialgia”. Os municípios de São José dos Campos/SP, Ribeirão Preto/SP, Itu/SP, Botucatu/SP, Guarujá/SP, Campinas/SP, Valinhos/SP, Itanhaém/SP, Porto Alegre/RS, Presidente Prudente/SP, Iaras/SP, Piracicaba/SP, Blumenau/SC, Maceió/AL e Caxias do Sul/RS têm a lei municipal sancionada pelos seus respectivos prefeitos. O “Dia de Conscientização da Fibromialgia” também acontece a nível estadual. Nos estados de São Paulo e Santa Catarina a lei já está em vigor. Projetos de lei visando instituir essa data estão em processo nos estados da Bahia e do Amazonas. A data normalmente é celebrada no dia 12 de maio.

---

<sup>7</sup> Anexo A.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia.

### **Objetivos específicos:**

Identificar a presença de sinais e sintomas associados à fibromialgia.

Identificar outras terapêuticas relacionadas ao tratamento da síndrome.

Compreender a relação médico-paciente, no contexto do diagnóstico e da longitudinalidade do cuidado.

# 1 FIBROMIALGIA: TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO OU SÍNDROME REUMÁTICA?

## 1.1. Histórico

Segundo Heymann et al. (2010b), 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*.

Algumas escolas médicas se opuseram às vertentes britânica e francesa, pois a partir do ponto de vista das escolas escandinavas e alemãs havia um processo intenso e proliferativo característico do próprio tecido muscular. O alemão Froriep também relatou a presença de pontos dolorosos à palpação em pacientes com reumatismo (HEYMANN et al., 2010b).

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., 2010b).

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) introduziu pela primeira vez o termo fibrosite, ao descrever quadros dolorosos na região lombar que se caracterizavam por uma sensibilidade

dolorosa exacerbada à digitopressão em sítios específicos, 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 a ausência inflamatória nas biópsias associada à alta incidência de estresse, depressão e ansiedade. Traut, em 1968, demonstra o caráter sistêmico da fibrosite e sua alta prevalência no sexo feminino (HEYMANN et al., 2010b).

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.

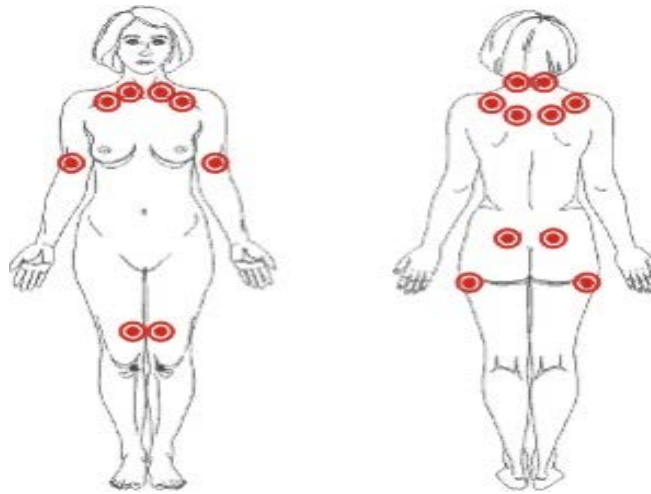
Diante da ausência de inflamação, o termo fibromialgia surge para explicitar melhor os casos de fibrosite. Entre os anos de 1941 e 1944 surgiram as primeiras evidências da possibilidade do envolvimento do sistema nervoso central na etiologia da fibromialgia (HEYMANN et al., 2010b).

Em 1990, um estudo do Colégio Americano de Reumatologia<sup>8</sup> estabeleceu os seguintes critérios diagnósticos para a síndrome de fibromialgia: dor difusa presente no esqueleto axial e em ambos os hemisférios, acima e abaixo da cintura; dor em 11 ou mais dos 18 *tender points* e dor crônica por mais de três meses. Essa combinação alcançou uma sensibilidade de 88,4% e uma especificidade de 81,1% para o diagnóstico (WOLFE et al., 1990). Porém, diante das constantes discussões, e com a intenção de levar em consideração outros sintomas para o diagnóstico da fibromialgia, o Colégio Americano de Reumatologia decide propor novos critérios (WOLFE et al., 2010).

---

<sup>8</sup> O Colégio Americano de Reumatologia é uma organização profissional eticamente orientada para melhorar o atendimento de pacientes com doença reumática e avançar na especialidade de reumatologia. Fundado em 1934, sem fins lucrativos, servindo mais de 9500 médicos, profissionais de saúde e cientistas em todo o mundo. Endereço: 2200 Lake Boulevard NE Atlanta, GA 30319.

Figura 1- Os 18 tender points da fibromialgia.



Segundo Provenza et al. (2004), a definição da fibromialgia ainda constitui motivo de controvérsia, devido a ausência de substrato anatômico na sua fisiopatologia e por sintomas que se confundem com transtornos do humor e síndrome da fadiga crônica. A partir de 1980 a fibromialgia passou a ser caracterizada como uma síndrome de dor crônica.

Zorzaneli (2011) aponta que uma das práticas centrais da medicina moderna é de relacionar a queixa dos pacientes com os achados objetivos aos quais se possa atribuir a gênese de seus sintomas. Em outras palavras, recolher informações importantes sobre o paciente para examiná-lo com atenção clínica, buscando sempre conectar os sintomas apresentados com os possíveis agentes etiológicos.

A definição da fibromialgia, conforme abordado anteriormente com base em Provenza et al. (2004), ainda é motivo de controvérsia, porém Zorzaneli (2011) afirma que quando os sintomas se enquadram perfeitamente, nos achados dos exames clínicos e exames complementares, tem-se uma doença ideal, cujo caminho terapêutico é traçado com base na tradição da literatura médica; entretanto quando, diante de queixas persistentes e sintomas, não se encontra nenhum agente que o justifique instaura-se um campo de incertezas<sup>9</sup>.

A única alteração evidente que pode ser encontrada no exame físico é a presença de pontos dolorosos, que são encontrados através da avaliação das áreas hipersensíveis à palpação. Esses pontos são conhecidos na literatura internacional como *tender points* (MARTINEZ, 2010).

<sup>9</sup> Foucault (2004), em o Nascimento da Clínica, discorre sobre o momento em que a medicina é apresentada como medicina científica.



O diagnóstico é clínico, não existindo evidências fisiopatológicas para a etiologia das dores crônicas, ou seja, os exames laboratoriais se mostram normais. Dentro dessa realidade, as racionalidades biomédicas encontram dificuldades para fechar um diagnóstico, situando a fibromialgia na fronteira entre a reumatologia e a patologia psicossomática, problematizando o diagnóstico e o tratamento da mesma. (EL-HAGE et al., 2006; BESSET et al., 2010; MATTOS, LUZ, 2012).

Na realidade, a racionalidade médica ocidental é incapaz de lidar com um sofrimento que se somatiza na forma de dor. É uma questão muito maior que envolve todo o pensamento de uma sociedade, que trata a dor como um fato existencial, interessando-se apenas pelos aspectos fisiológicos. O que não é medicalizável não importa. A biomedicina retira a influência da cultura nos processos de dor, explicando seus mecanismos apenas pelas ciências biomédicas (LUZ, 2005; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2015).

Mattos (2015) atenta que a falta de diagnóstico médico preciso, junto à incompreensão por parte da sociedade, obriga muitos pacientes a suportarem o sofrimento sozinhos. Na realidade, a ausência de um método 100% eficaz, para a biomedicina, que poderia estabelecer as causas das constantes dores, rotula os pacientes de frescos, nervosos e portadores de distúrbios psicológicos (SÁ et al., 2005; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2015).

O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da síndrome pode durar cerca de 10 anos, segundo Mattos e Luz (2012). É uma espera muito grande que afeta diretamente o tratamento da fibromialgia, não podendo ser apenas explicada pelo aparecimento gradativo dos sinais e sintomas (ESPINO et al., 2008; MATTOS, LUZ, 2012). Na concepção de Luz (2005) e Zorzaneli (2011) a racionalidade biomédica encontra dificuldades diante de um quadro caracterizado pela ausência de marcadores biológicos.

Segundo Besset et al. (2010), a fibromialgia não é o único estado doloroso crônico que carece de substrato anatômico, pois a existência desses estados e de doenças da dor são mencionados desde o século XIX. Ou seja, a ausência de causalidade orgânica não é mérito apenas da fibromialgia. Alguns estudos mostram a relação do início dos sintomas com um evento específico, como acidente de carro, infecção, sobrecarga no trabalho, trauma emocional (REILLY, 1993; ÁLVARES, LIMA, 2010).

Em termos fisiopatológicos, de acordo com Martinez et al. (2009), a teoria de maior aceitação trata a fibromialgia como uma síndrome de amplificação dolorosa, devido uma

alteração no processamento da nocicepção<sup>10</sup> à nível de Sistema Nervoso Central. Valim et al. (2013) destacam que os níveis séricos de serotonina são menores em pacientes com fibromialgia, e que isso resulta em aspectos da fisiopatologia da síndrome, pois esse neurotransmissor é envolvido com a antinocicepção<sup>11</sup>, que na fibromialgia é reduzida.

## 1.2. Epidemiologia

A fibromialgia é uma síndrome reumática, sendo caracterizada principalmente por dor musculoesquelética crônica, difusa e por pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos à palpação (*tender points*). A síndrome é associada frequentemente a um conjunto de sinais e sintomas, como por exemplo, a fadiga generalizada, a rigidez matinal, distúrbios do sono, dores de cabeça, ansiedade, distúrbios do humor, depressão e dispneia (SANTOS et al., 2006; CAVALCANTE et al., 2006; ÁLVARES, LIMA, 2010; GONÇALVES et al., 2010; MATTOS, LUZ, 2012).

O estabelecimento dos critérios diagnósticos da fibromialgia pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 1990, fez com que os estudos sobre a prevalência da síndrome se tornassem mais frequentes (NEUMANN, BUSKILA, 2003; CAVACALNTE et al., 2006). Porém, vale ressaltar, que ainda não existe um consenso exato sobre a prevalência da síndrome na população, fazendo-se necessário estudar a epidemiologia com a intenção de compreender o impacto da fibromialgia sobre a sociedade (QUEIROZ, 2013).

No estudo de Cavalcante et al. (2006), a prevalência na população variou entre 0,66 e 4,4%. Entretanto, na concepção de Provenza et al. (2004), a fibromialgia é responsável por acometer 2% da população mundial, ficando atrás da osteoartrite como causa de dor musculoesquelética crônica. Neumann e Buskila (2003) apontam para uma prevalência que varia de 0,5% a 5% na população geral.

---

<sup>10</sup> Processo no qual a informação sobre lesão tecidual na periferia é transmitida no Sistema Nervoso Central resultando na experiência sensorial da dor.

<sup>11</sup> Redução na capacidade de perceber a dor.

Figura 2 - Prevalência de fibromialgia na população adulta

**QUADRO 1**  
PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA NA POPULAÇÃO ADULTA

AUTOR	POPULAÇÃO ESTUDADA	INDIVÍDUOS 1ª. Seleção	INDIVÍDUOS 2ª. seleção	COLETA DE DADOS	PREVALÊNCIA
Makela <i>et al</i> (1991)	População finlandesa entre 1977 e 1980	7217	3434	Avaliação clínica	1,57%
Prescott <i>et al</i> (1993)	População adulta residente em Copenhagen, (Dinamarca)	1219	65	Avaliação clínica	0,66%
Wolfe <i>et al</i> (1995)	População residente em Wichita, Kansas (EUA)	3006	391	Entrevista por correspondência e avaliação clínica	2%
White <i>et al</i> (1999)	População adulta não-institucionalizada residente em Londres, Ontario (Canadá)	3395	176	Entrevista por contato telefônico e avaliação clínica	2,70%
Carmona <i>et al</i> (2001)	População espanhola com 20 ou mais anos	2998	2192	Entrevista por correspondência e avaliação clínica	2,40%
Cardiel <i>et al</i> (2002)	População adulta residente na Cidade do México (México)	2500	S/I	Avaliação clínica	1,40%
Senna <i>et al</i> (2004)	População residente em Montes Claros, MG (Brasil)	3038	S/I	Avaliação clínica	2,50%
Haq <i>et al</i> (2005)	População adulta nas comunidades urbana (CU) e rural (CR) de Bangladesh (Índia)	S/I	S/I	Avaliação clínica	2,3% (CU) e 3,2% (CR)

Fonte: Cavalcante et al. (2006).

Figura 3 - Prevalência de fibromialgia no gênero feminino.

**QUADRO 2**  
PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA NO GÊNERO FEMININO

AUTOR	FAIXA ETÁRIA	LOCAL	INDIVÍDUOS 1ªSeleção	INDIVÍDUOS 2ªSeleção	COLETA DE DADOS	PREVALÊNCIA
Schochat <i>et al</i> , 2003	Mulheres de 35 a 74 anos	Bad Säckingen, Alemanha	3174	623	Correspondência e avaliação clínica	11,50%
Forseth <i>et al</i> , 1992	Mulheres de 20 a 49 anos	Arendal (Noruega)	2038	242	Correspondência e avaliação clínica	10,50%
Topbas <i>et al</i> , 1992	S/I	Trabzon (Turquia)	296	285	Correspondência e avaliação clínica	3,60 %
Lundberg <i>et al</i> , 2002	S/I	Nikoping, (Suécia)	643	607	Avaliação clínica	2 %
White <i>et al</i> , 1999	S/I	Londres, Ontario (Canadá)	3395	176	Contato telefônico e avaliação clínica	4,2 %

Fonte: Cavalcante et al. (2006).

De acordo com Bannwarth et al. (2009), a fibromialgia é uma das principais causas de dor generalizada na França, tendo a sua prevalência em torno de 1,4%, acometendo cerca de 680 mil indivíduos. Na Inglaterra, a incidência da síndrome aumentou, ficando em torno de

35 acometidos por 100000 indivíduos (GALLAGHER et al., 2004). Na cidade populosa de Wichita, Kansas, Estado Unidos, a prevalência encontrada foi de 2% (WOLFE et al., 1995).

Na Espanha, segundo Espino et al. (2008), a fibromialgia é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência (2,4% de adultos afetados), morbidade, incapacidade laboral e comparecimento frequente aos centros de saúde por parte dos acometidos. Os pacientes com fibromialgia representam 10% a 20% das consultas em ambulatórios de Reumatologia.

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. 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).

Pereira et al. (2009) e Alvarez-Nemegyei et al. (2011) procuraram avaliar a prevalência, através do questionário COPCORD<sup>12</sup>, 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 Bahia. A amostra do segundo estudo foi composta por mexicanos, e os achados indicam uma prevalência de 19,6% para dor musculoesquelética.

Segundo Oliveira et al. (2013), dores musculoesqueléticas acometem cerca de 3% a 5% da população mundial. Entretanto, para Cavalcante et al. (2006), os estudos sobre a prevalência da dor crônica e difusa na população geral são escassos, com valores que se aproximam de 11% a 13%.

As mulheres são mais acometidas que os homens (WOLFE et al., 1990; WOLFE et al., 1995; GALLAGHER et al., 2004; PROVENZA et al., 2004; CAVALCANTE et al., 2006; VALIM, 2010; HECKER et al., 2011; MATTOS, LUZ, 2012; SILVA, SCHEWENGBER, 2013). A proporção é de aproximadamente 6 a 10 mulheres acometidas para 1 homem (PROVENZA et al., 2004; VALIM, 2010). No estudo inicial do Colégio Americano de Reumatologia, 89% da amostra eram mulheres (WOLFE et al., 1990).

Sendo mais comum na faixa etária entre 40 e 55 anos (WOLFE et al., 1990; HECKER et al., 2011), a média de idade dos acometidos fica em volta dos 49 anos (WOLFE

---

<sup>12</sup> Instrumento desenvolvido pelo Programa Orientado para a Comunidade para o controle de Doenças Reumáticas.

et al., 1990). Cavalcante et al. (2006), através de uma revisão de literatura, entende que a síndrome acomete indivíduos, em especial, entre os 35 e 60 anos. Vale destacar que os sintomas se instalam, geralmente, entre os 25 e os 65 anos de idade (WOLFE et al., 1990).

Mais frequente nos adultos e com uma prevalência que aumenta com a idade (WOLFE et al., 1995), a fibromialgia também pode acometer crianças, porém de uma maneira menos incidente (CAVALCANTE et al., 2006; BALDURSDÓTTIR, 2008). Assim como na idade adulta, o sexo feminino também é mais acometido na infância. A prevalência em crianças varia de 1,2 a 6,2%, com picos de prevalência durante a puberdade (BALDURSDÓTTIR, 2008). Clark et al. (1998) encontraram uma prevalência de 1,2% em crianças em idade escolar, todas pertencentes ao sexo feminino, preenchendo os critérios diagnósticos para fibromialgia segundo o Colégio Americano de Reumatologia (WOLFE et al., 1990). Já para Buskila et al., (1993), a prevalência encontrada em escolares ficou em torno de 6,2%, a partir de uma amostra de 338 estudantes saudáveis.

A sintomatologia de pacientes com fibromialgia, em tratamento, parece não estar associada à renda familiar e escolaridade (MARTINEZ, PANOSSIAN, GAVIOLI, 2006). É responsável por 15% das consultas em ambulatórios de reumatologia, e 5 a 10% nos ambulatórios de clínica geral (PROVENZA et al., 2004).

Alguns estudos (ASSUMPCÃO et al., 2009; KANG et al., 2016; FITZCHARLES et al., 2014) procuraram investigar a relação entre a fibromialgia e o nível socioeconômico. De acordo com Kang et al., (2016), pacientes com fibromialgia que apresentam o nível socioeconômico mais baixo têm sintomas mais graves, pior qualidade de vida relacionada à saúde e pior função física em comparação aos pacientes com maior nível socioeconômico. O quadro sintomático de pacientes com fibromialgia está associado ao nível socioeconômico.

Para Fitzcharles et al., (2014) os sintomas da fibromialgia podem ser influenciados por percepções pessoais e fatores ambientais e psicossociais, logo um menor nível socioeconômico pode influenciar a expressão dos sintomas da síndrome. Os resultados encontrados pelos autores indicam que pacientes fibromiálgicos com menor nível socioeconômico apresentam maior gravidade dos sintomas e incapacidade funcional.

Uma busca realizada na base de dados do PubMed encontrou artigos recentes (2015-2016) que abordam a prevalência da fibromialgia. Um estudo realizado na cidade de Rosário – Argentina, objetivou estimar a prevalência de lesões musculoesqueléticas e doenças reumáticas na população indígena Qom (Toba) (QUINTANA et al., 2016). Na ocasião, 0,1% da amostra foi diagnosticada com a fibromialgia. Um estudo português, que procurou estimar

a prevalência nacional de doenças reumáticas e musculoesqueléticas, encontrou uma prevalência de 1,7% na população adulta (BRANCO et al., 2016). Um estudo recente identificou a epidemiologia das doenças reumática no Irã, encontrando uma prevalência de 0,13% para a fibromialgia (DAVATCHI et al., 2015).

### 1.3. Saúde mental

Por ser considerada uma síndrome a fibromialgia apresenta sinais e sintomas em outros aparelhos, além de se manifestar no sistema musculoesquelético. O principal sintoma é a dor musculoesquelética crônica e difusa, entretanto a fibromialgia está constantemente associada ao sono não reparador, fadiga, sensação de edema ou inchaço, rigidez matinal, depressão, ansiedade, dispneia, cefaleias, síndrome do colón irritável, parestesias, queixas, disfunções cognitivas (problemas com a memória, concentração, motivação) (PROVENZA et al., 2004; MÁÑEZ et al., 2005; SANTOS et al., 2006; BREDARIOL, GOMES, 2008; PROVENZA et al., 2010).

Os sinais e sintomas da fibromialgia podem variar, em termos de impacto, desde sintomas leves até casos em que as atividades profissionais e sociais são comprometidas. Todo esse contexto causa um impacto social que quebra a rotina dos acometidos, desestabilizando as relações familiares e restringindo o contato social. O prejuízo à qualidade de vida é uma consequência ao aparecimento desses sintomas e à cronicidade de fibromialgia (BERBER et al., 2005).

O sintoma central da síndrome é a dor difusa, generalizada e crônica, com um caráter bem variável (queimação, pontada, peso), envolvendo regiões axiais e periféricas do corpo. Em geral, a dor é agravada por mudanças climáticas, esforços físicos e traumas emocionais, sendo difícil identificar a localização da mesma. É comum os pacientes correlacionarem o início da dor com um evento estressante, de natureza física ou emocional (SÁ et al., 2005; ESPINO et al., 2008; PROVENZA et al., 2010; MATTOS, LUZ, 2012).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSM-V) (2013), um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que

reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.

Os transtornos mentais estão frequentemente associados ao sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Vale ressaltar que desvios sociais de comportamentos e conflitos que são basicamente referentes aos indivíduos e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou o conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (DSM-V, 2013).

Conforme abordado anteriormente, a ausência de substrato anatômico na fisiopatologia da fibromialgia complica a definição da síndrome, gerando controvérsias a respeito da mesma. O quadro sintomático também é motivo de controvérsia, pois é constituído por sinais e sintomas que se confundem com transtornos do humor. Além de existir uma dor que não é identificada pela biomedicina, existe uma grande proximidade entre fibromialgia e depressão. Por esses motivos que a fibromialgia é confundida com síndromes psiquiátricas. (PROVENZA et al., 2004; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2015).

Um estudo foi desenvolvido por González et al. (2010) com objetivo de identificar o efeito combinado da fibromialgia e de comorbidades psiquiátricas sobre a qualidade de vida dos pacientes. Os autores apontam que a controvérsia, síndrome reumática ou psiquiátrica, a respeito da síndrome se deve à falta de conhecimento sobre a etiologia, às diversas manifestações clínicas e devido à presença um componente psiquiátrico associado.

Em geral, a dor é um processo natural e inevitável à vida humana, entretanto a dor crônica da fibromialgia, sem explicação para a biomedicina, pode ser uma manifestação de um sofrimento negligenciado. Vale ressaltar que foi, apenas, a partir de 1980 que a fibromialgia passou a ser considerada como uma síndrome de dor crônica real. As dores existem, porém não são comprovadas por determinadas análises biomédicas (PROVENZA et al., 2004; SÁ et al., 2005; EL-HAGE et al., 2006; MATTOS, 2015).

Mattos (2015) chama a atenção para essa dor, que apesar de não ser identificada pela biomedicina pode acompanhar o paciente 24 horas por dia. As dores são reais, pois se originam no dia a dia dos pacientes, provocando desde limitações funcionais até limitações afetivas. A dor crônica é a somatização do sofrimento, sendo o sofrimento uma manifestação da insistência em viver sob circunstâncias não favoráveis ao ser humano.

Em alguns casos, a dor que anuncia a doença também a prolonga de maneira indefinida e torna-se o seu próprio fim. A dor transforma-se em doença (LE BRETON, 2013).

Dentro desse contexto, a dor crônica pode ser entendida como um dos prolongamentos da fibromialgia.

Espino et al. (2008) afirmam que modelos teóricos reconhecem a dor como um processo psíquico e biológico complexo que engloba quatro dimensões: biológica, temporal, cognitiva e emocional. A dor crônica é um processo inerente ao estresse, onde elementos de vários tipos podem desencadear o sofrimento ao longo do tempo.

De acordo com Le Breton (2011), a experiência da dor, da fadiga é sempre vivida à maneira de uma estranheza absoluta, de uma irreducibilidade a si, sendo contrária à experiência do prazer. O autor ressalta que a dor esparteja o sentimento da presença, carregando consigo a angústia e a incerteza.

Em “Antropologia da Dor”, Le Breton (2013) ressalta que, ao longo da história, foram encontrados inúmeros registros da existência de estados dolorosos em diversas civilizações. Os registros encontrados revelam que a expressão da dor varia não somente de um indivíduo para o outro, mas também de acordo com as diferentes culturas.

A dor crônica é um dos fatores relacionados com o aumento de comorbidades como depressão e transtorno de ansiedade. A prevalência da dor em grupos deprimidos e da depressão em grupos com dor é mais elevado do que quando estas condições são avaliadas individualmente, existindo assim uma forte relação entre depressão e dor crônica. A literatura indica que os pacientes com fibromialgia apresentam aspectos psicológicos similares aos pacientes com dor crônica. A prevalência da depressão varia entre 20% e 80% entre os fibromiálgicos (BAIR et al., 2003; SANTOS et al., 2006; BOYER et al., 2009).

Segundo Mattos e Luz (2012), a proximidade entre fibromialgia e depressão é nítida, apesar de não ser possível estabelecer uma relação causal. Frequentemente, os pacientes são encaminhados para ambulatórios de psiquiatria com o diagnóstico de depressão, pois a fibromialgia ainda é considerada como um mal-estar subjetivo, de quadro clínico incerto, pela biomedicina. Ou seja, por sua característica invisível, continua inexplicada, porém sempre associada à depressão e distúrbios psicológicos.

Apesar de ser um sintoma secundário à fibromialgia, a ansiedade é um sintoma comum e severo. Os transtornos de ansiedade são frequentes em pacientes com fibromialgia, acometendo mais esses indivíduos do que a população geral. Mais uma vez, quando comparados com a população geral, os indivíduos com fibromialgia apresentam níveis



maiores de ansiedade traço<sup>13</sup> e estado<sup>14</sup>. A prevalência dos sintomas de ansiedade varia entre 13% e 71%, sendo importante ressaltar que a presença dos mesmos pode comprometer o curso de qualquer doença (PAGANO et al., 2004; BOYER et al., 2009; SANTOS et al., 2012; ANDRADE et al., 2013).

Para Provenza et al. (2010), além da depressão e ansiedade, outros distúrbios do humor estão associados à fibromialgia: transtornos obsessivos compulsivos e síndrome do pânico. Apesar de serem associados com frequência às inúmeras condições crônicas, os distúrbios do humor apresentam uma associação maior com a fibromialgia, porém limitações encontradas em alguns estudos impedem conclusões claras à respeito.

Anormalidades psicológicas acometem 40% a 80% dos pacientes, dos quais 30% a 50% apresentam depressão (PROVENZA et al., 2010). No estudo de Santos et al. (2012), 50% dos pacientes com fibromialgia apresentaram sintomas depressivos, enquanto 88% apresentaram sintomas de ansiedade. Em um estudo brasileiro, realizado na cidade de Sorocaba, a depressão foi observada em 80% dos pacientes, enquanto a ansiedade foi observada em 63,8% (MARTINEZ et al., 1995). Andrade et al. (2013) identificaram um perfil de ansiedade traço em 85,2% e ansiedade estado em 57,4% da amostra do estudo.

Esses distúrbios psicológicos podem alterar a apresentação da síndrome, intensificando os sintomas pré-existentes e/ou adicionando novos. Influenciam negativamente a qualidade de vida dos acometidos, podendo aumentar a sensação de dor e a incapacidade funcional. Em outras palavras, compromete as funcionalidades física, emocional e social (BERBER et al., 2005; SANTOS et al., 2012).

De acordo com Sá et al. (2005), distúrbios do sono, fadiga e rigidez são outros sintomas que não devem ser ignorados, pois são considerados como características centrais da fibromialgia. Podem acometer os indivíduos em conjunto, quando os três sintomas estão presentes, ou de maneira isolada, com uma prevalência em torno dos 75%.

A fadiga pode ser física ou mental, sendo considerada como uma intolerância ao exercício físico, presente em 76% dos pacientes, contribuindo de maneira significativa para a piora da qualidade de vida. É comum em inúmeras doenças reumáticas, associando-se com o sofrimento e negativamente com o estado geral de saúde. Alguns pacientes apresentam

---

<sup>13</sup> 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 (GAMA *et al.*, 2008).

<sup>14</sup> Referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo (GAMA *et al.*, 2008).

critérios diagnósticos para a síndrome da fadiga crônica (WOLFE et al., 1996; PROVENZA et al., 2004; PROVENZA et al., 2010).

As alterações do sono são frequentes na fibromialgia, com uma prevalência, segundo Provenza et al. (2010), de 90%. O sono não restaura as energias gerando um conseqüente cansaço. A principal queixa está em torno de um sono não reparador. Apesar de ser um fenômeno observado em sujeitos saudáveis e em portadores de outras doenças, Sá et al. (2005) destacam a associação que existe entre a fibromialgia e as perturbações na fase quatro do sono. Mâñez et al. (2005) corroboram com a literatura, quando apontam uma forte prevalência de distúrbios do sono, principalmente o não reparador, capaz de comprometer a qualidade de vida dos acometidos.

Além dos sinais e sintomas, a fibromialgia também pode estar associada a outras patologias como hipotireoidismo, lúpus, artrite reumatoide. O hipotireoidismo desperta grande interesse pela similaridade de sintomas com a fibromialgia. A incidência de sintomas musculoesqueléticos no hipotireoidismo tem sido estimada de 30% a 80% (MARTINEZ et al., 2009; FREIRE et al., 2006). Freire et al. (2006) identificaram um quadro de dor generalizada associada a pelos menos 11 *tender points*, que preenchem os critérios do Colégio Americano de Reumatologia para fibromialgia, em 64,3% do pacientes portadores de hipotireoidismo.

Hecker et al. (2011) apontam que dentro dessa realidade, a partir de um conjunto de sinais e sintomas, a síndrome é constantemente associada à incapacidade funcional. A fibromialgia provoca um impacto negativo e significativo na vida dos pacientes. Para Besset et al. (2010) os sintomas são fontes de sofrimento para os acometidos e desafio para os clínicos.

Em geral, os sintomas são caracterizados por uma alta subjetividade de difícil mensuração. Apesar de o desaparecimento total dos sintomas não estar ainda ao alcance dos tratamentos, Matinez (2010) afirma que para tratar é preciso medir. O objetivo é o alívio dos sintomas, que pode ser alcançado posteriormente à aplicação de um questionário (MARQUES et al., 2006; MARTINEZ, 2010).

Na concepção de Marques et al. (2006), sintomas subjetivos como dor, ansiedade, depressão e fadiga podem ser avaliados de maneira mais objetiva, através da aplicação de questionários de avaliação da qualidade de vida. As necessidades dos pacientes são identificadas junto à efetividade da intervenção. Vale ressaltar que já existe um questionário,

que avalia o impacto da fibromialgia na qualidade de vida<sup>15</sup>. Atualmente já existe um modelo validado para a população brasileira<sup>16</sup>.

De acordo com a literatura, Martinez (2010), Martinez et al. (1995), Martinez et al. (1994), Martinez et al. (2009), já está mais que estabelecido que a fibromialgia causa um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas. Em certos casos o impacto é tão significativo que é comparado aos causados por doenças crônicas e deformantes, como a artrite reumatoide, por exemplo. Compromete desde as questões socioeconômicas dos pacientes até as dimensões sexuais dos mesmos.

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 (MARTINEZ, 2010).

#### 1.4 Terapêuticas

Segundo Heymann et al. (2010a), os pacientes com fibromialgia utilizam-se mais de terapias analgésicas que a população normal, representando um custo considerável para o estado, em torno de 3 a 5 vezes maior que a população normal. Uma parcela de custos pode ser economizada quando o paciente é tratado corretamente (abordagem multidisciplinar ou interdisciplinar), evitando assim medicamentos inúteis e exames complementares desnecessários.

Por ainda se enquadrar como uma síndrome reumatológica, caracterizada por um quadro crônico de dor no aparelho musculoesquelético, a fibromialgia é inicialmente pesquisada e tratada por reumatologistas. Entretanto, Heymann et al. (2010a) chama atenção para o fato dos pacientes procurarem um acompanhamento multidisciplinar, com a intenção de alcançarem uma abordagem mais completa de seus sintomas e comorbidades.

---

<sup>15</sup> (FIQ) – Fibromyalgia Impact Questionnaire (BURCKARDT, CLARK, BENNET, 1991).

<sup>16</sup> (QIF) – Questionário de Impacto da Fibromialgia (MARQUES *et al.*, 2006).

Apesar do tratamento, em geral, ser confiado às técnicas terapêuticas farmacológicas, é sabido que o tratamento precisa envolver uma abordagem interdisciplinar ou multidisciplinar, incluindo assim outras terapias ao tratamento (MARTINEZ, 2010; HEYMANN et al., 2010a; MARTINS et al., 2014). As primeiras diretrizes da fibromialgia que procuraram direcionar o diagnóstico e o tratamento da síndrome foram publicadas em 2004, pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (PROVENZA et al., 2004).

Na concepção de Martinez (2010), o tratamento clínico da fibromialgia precisa visar o alívio dos sintomas, com a intenção de melhorar a qualidade de vida dessa população. A multidisciplinaridade deve ser incentivada, pois já se sabe que nenhum tratamento, quando aplicado sozinho, consegue suprir todas as necessidades do paciente.

É dentro desse contexto que o tratamento interdisciplinar ou multidisciplinar precisa ser aplicado, procurando controlar o quadro sintomático da síndrome conforme abordado anteriormente. Educadores físicos, nutricionistas e psicólogos podem compor o quadro, junto aos médicos, dos profissionais envolvidos com o tratamento. Para Mattos (2015), o tratamento interdisciplinar tem o apoio social como um dos seus pilares.

O tratamento não medicamentoso pode incluir exercícios físicos, terapia psicológica, educação em saúde, acupuntura, biofeedback, técnicas manipulativas e terapias alternativas complementares. O exercício físico é a intervenção não medicamentosa mais importante, sendo aquela com maior nível de evidências científicas (SILVA, LAGE, 2006). Inúmeros estudos ressaltam a importância do mesmo no tratamento da síndrome (OLIVEIRA et al., 2009; SILVA, LAGE, 2006; HECKER et al., 2011; BUSCH et al., 2011).

Em geral, as fortes evidências estão em torno dos exercícios aeróbios supervisionados, pois são capazes de controlar o quadro sintomático, melhorar a aptidão cardiorrespiratória e a capacidade funcional, melhorando conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. Este tipo de exercício deve ser prescrito para todos os pacientes, salvo quando existe alguma condição associada que o impeça. Exercícios de fortalecimento muscular e de alongamento também devem fazer parte do programa, pois são seguros e bem tolerados (VALIM, LAGE, 2010; BUSCH et al., 2011; BARDAL et al., 2015; NELSON, 2015).

Segundo Mattos (2015), quando os pacientes se inserem em uma proposta de tratamento coletiva, se identificando com outras pessoas que compartilham histórias semelhantes, a melhora é significativa. Diante desse contexto que surgem as práticas corporais de saúde, assunto que será abordado no próximo capítulo da dissertação.

## 2 PRÁTICAS CORPORAIS DE SAÚDE

Antes de adentrar ao campo das práticas corporais de saúde, conceituando-a, explicando sua importância para o tratamento da fibromialgia e de outras doenças crônicas, é necessário abordar o contexto histórico, político e social que estas práticas se inserem no cotidiano das pessoas. É diante de uma crise ética e epistemológica da saúde que os estudos ressaltam a importância das práticas corporais de saúde (LUZ, 2005; MORETTI *et al.*, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2010; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2015).

### 2.1 Crise da saúde

Segundo Harvey (2004) a globalização pode ser vista como um processo, uma condição ou como um tipo específico de projeto político. O capitalismo é compreendido como um sistema econômico que se reorganiza constantemente, tanto em termos de expansão como de intensificação, a fim de solucionar suas crises e impasses. Os ajustes são necessários para que o sistema econômico sobreviva, pois abrem caminho para uma maior acumulação de capital em determinada fase de sua história. Para o autor, a globalização pode representar exatamente uma nova fase desse processo de produção capitalista.

Luz (2005, 2011) afirma que o processo de globalização retrata o mundo contemporâneo, fazendo com que a humanidade viva transformações na dimensão social, política, econômica e cultural de modo rápido. Devido à deterioração social e psicossocial características da globalização, entendendo a globalização como um processo de desenvolvimento do capitalismo e concentração de capital em nível mundial que causa exclusão e deterioração social, principalmente, nas sociedades periféricas, devemos levar em consideração também o custo social que a saúde passou a representar, fazendo com que a instabilidade e a insegurança social proporcionem um maior nível de estresse que por consequência gera o adoecimento da população.

A globalização marca a vida pós-moderna, pois o sentido do espaço global mudou, proporcionando mudanças nas relações sociais. A proliferação das relações sociais capitalistas, como a competição e o individualismo, deve-se até certo ponto à fragmentação do espaço global. É por acentuar o novo, o transitório e o rápido, que o capitalismo global

proporciona insegurança social e fragmentação dos valores e processos sociais (HARVEY, 2008).

A compreensão da realidade social contemporânea depende tanto de um aspecto econômico quanto de um aspecto socioantropológico. Levando em consideração a perspectiva econômica, o mundo está submetido às leis e regras de uma economia capitalista globalizada, que por sua vez influencia a perspectiva socioantropológica, causando uma transformação cultural ao valorizar o individualismo, consumismo, competitividade e busca excessiva pelo poder (LUZ, 2005; CARVALHO, LUZ, 2009; MATTOS, 2015).

As desigualdades sociais são ressaltadas e ficam em evidência. O crescimento das mesmas é mais intensificado nos países em vias de desenvolvimento do que nos países desenvolvidos devido à retomada dos pensamentos liberais, devido às políticas neoliberais. A saúde do povo fica em segundo plano, pois a estrutura de estado no capitalismo periférico não está preocupada em institucionalizar políticas sociais (LUZ, 2005; CARVALHO, LUZ, 2009; LUZ, 2011).

O neoliberalismo, uma nova maneira de organizar a produção e o regime social de trabalho, foi implementado nos países capitalistas, com a intenção de reduzir as despesas públicas, sendo basicamente o ressurgimento das ideias associadas ao liberalismo econômico. Essa nova proposta entende que o antigo modelo era custoso, pouco flexível e incapaz de atender a lógica do mercado quanto à produção, circulação, distribuição e ao consumo de mercadorias (GOMEZ, COSTA, 1999; LUZ, 2005; ALVEZ, 2009)

Ainda nessa discussão em torno das consequências aos modelos capitalistas, Mattos (2015), Luz (2005) e Franco et al. (2010) abordam o regime produtivo e competitivo do trabalho com base na nova ordem social e no neoliberalismo. É válido mencionar que as mudanças significativas no regime social do trabalho aconteceram devido à crise estrutural do capital, que ocorreu a partir de 1970, dando um fim ao que ficou conhecido como “era de ouro do capitalismo” ou Welfare State.

Uma das mais importantes políticas de expropriação adotadas pelo neoliberalismo é a reversão dos direitos de propriedade sobre bens comuns para o domínio da iniciativa privada. Se no Welfare State o Estado era o agente da promoção social e organizador da economia, no neoliberalismo a iniciativa privada passa a dominar esses campos. Os inúmeros direitos conquistados ao longo das duras lutas de classes passam a ficar fragilizados: direito à aposentadoria; ao bem-estar social; a um sistema de saúde pública (HARVEY, 2007).

O Estado precisa ser o agente do campo social, pois o mercado não comporta nenhum dos elementos necessários à coesão social, funcionando através da concorrência. O mercado é incapaz de fazer sociedade, pois não consegue pensar condições de inclusão de todos através de um projeto de solidariedade, trabalho e cidadania. O Estado deve ser o responsável pelo contrato social, garantindo o pertencimento de todos a uma mesma sociedade (CASTEL, 1998; CASTEL 2000).

Para Mattos (2015), Alves (2009), Gomez e Costa (1999), Franco et al. (2010), a reestruturação produtiva é baseada na ideia de empresas com número reduzido de trabalhadores, flexibilidade da produção, flexibilização das leis trabalhistas e terceirização de serviços. A produtividade é aumentada sem aumentar a mão de obra empregada, ou seja, o trabalho é precarizado e o trabalhador sobrecarregado. Diante disso, o regime social do trabalho é visto como uma das causas para o adoecimento da população.

Em virtude desse trabalho hostil à saúde, percebe-se, de acordo com Mattos (2015), um crescente aumento do sofrimento e adoecimento na vida de mulheres com fibromialgia. Valores e significados voltados para competição profissional individualizada são difundidos de modo consciente ou inconsciente.

Todo esse contexto gera um mal-estar coletivo, uma síndrome coletiva de natureza biopsíquica que pode repercutir na saúde física e mental da população. Longe de querer estabelecer uma relação causal com a fibromialgia, porém é necessário ressaltar que esse mal-estar coletivo é caracterizado por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico e males da coluna vertebral, que atinge milhões de pessoas, causando sofrimento na população mundial (LUZ, 2005; CARVALHO, LUZ, 2009; MORETTI et al., 2009).

A depressão, ansiedade e a fibromialgia podem estar presentes nas vidas das pessoas devido aos altos níveis de estresse, que advém das condições socioeconômicas e culturais. Vale lembrar que o estresse é uma característica universal do mundo globalizado, podendo levar inúmeras pessoas ao adoecimento. O trabalho está mais técnico e menos físico, porém a produtividade precisa ser maior (LUZ, 2011; MATTOS, 2015).

Patologias, sem agente etiológico específico, continuam a surgir como os transtornos psíquicos associados ao trabalho. As síndromes e os acometimentos musculoesqueléticos integram este momento histórico. O trabalho torna-se vazio de sentidos, caracterizado pelo adoecimento e sofrimento diante da ausência de valores de solidariedade (LUZ, 2005; ÁLVARES, LIMA, 2010; MATTOS, 2015).

Para Matos (2015, p.36)

o trabalho deixa de ser compreendido como meio de expressão de sentidos para a vida. Assim, cada vez mais, constatamos a existência de sofrimento relacionado à pressão no trabalho, falta de reconhecimento e desconhecimento acerca da importância daquilo que se faz.

Álvares e Lima (2010) também exploram o tema fibromialgia e trabalho, apontando que cada vez mais pacientes com fibromialgia queixam-se de sobrecarga ocupacional. Apesar de vários aspectos estarem relacionados com os fatores etiológicos da síndrome, o trabalho se mostrou um fator etiológico em 77,9% dos casos na população brasileira.

O custo social que a saúde passou a representar diante de um mundo globalizado, caracterizado pela deterioração social e psicossocial, já foi mencionado. Porém, antes de adentrar no campo das práticas corporais de saúde, se faz necessário destacar a crise médica, que apesar de distinguida da crise da saúde, está relacionada com o mesmo contexto cultural e socioeconômico.

A racionalidade médica ocidental (biomedicina) perdeu sua função de curar, distanciando-se de sua função terapêutica, atentando-se apenas ao saber científico. Esse paradigma valoriza a pesquisa científica, apenas os testes estatísticos e os procedimentos biomédicos podem afirmar se algo é verdadeiro, se algo é válido. A verdade da cura limita-se a cura da doença cientificamente definida (LUZ, 2005; GUEDES et al., 2006; TESSER, 2007; LUZ, 2011; MATTOS, LUZ, 2012).

Esse contexto cria barreiras culturais entre o paciente e a biomedicina, deteriorando a relação médico-paciente. O sujeito doente precisa saber mais que o nome da patologia, precisa saber se e como será tratado. O objeto de estudo precisa ser o paciente e não a doença, devendo ocorrer a reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico. As relações não devem ser mercantilizadas, o paciente precisa ser visto como um ser humano e não como consumidor ou cliente (LUZ, 2005; GUEDES et al., 2006).

Por estes motivos a relação médico-paciente é constantemente ignorada pelas medicinas tradicionais. Os indivíduos são vistos como doentes e não como sujeitos dotados de valores, desejos e interesses. Essa relação é importantíssima para que a cura possa ser estabelecida, entretanto as racionalidades médicas ocidentais tendem a objetivar ao máximo essa relação centrando as atenções na doença (LUZ, 2005).

Trazendo essa realidade para o campo da fibromialgia, de acordo com o que foi apresentado no capítulo I, imagina-se que a relação da síndrome com a biomedicina não seja saudável. Primeiro devido à dificuldade que a biomedicina tem em lidar com quadros caracterizados pela ausência de marcadores biológicos, como é o caso da fibromialgia.



Segundo devido à insatisfação presente na maioria dos pacientes após as consultas, pois são detentores de uma doença não explicada por esta racionalidade médica, justificando assim a demora da biomedicina para fechar o diagnóstico (MATTOS, LUZ, 2012; LUZ, 2005; EL-HAGE et al., 2006; BESSET et al., 2010; ZORZANELLI, 2011).

Guedes et al. (2006) entendem que a subjetividade do adoecimento e a complexidade do sofrimento humano nunca chegou a ser objeto de estudo das ciências biomédicas. Para Canguilhem (2006), a medicina dissocia doente e doença, caracterizando o indivíduo doente pela doença.

Essa forma de se configurar a medicina é hoje denominada de biomedicina, pela sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas. O referencial da clínica médica passa a ser a doença e a lesão, isto é, o objetivo do médico é identificar a doença e a sua causa. Basta remover a causa para que haja a cura da doença (GUEDES et al., 2006, p.1095).

Luz (2005) destaca que a saúde era representada até então pelo paradigma da normalidade-patologia, fixo no saber biomédico. Entretanto se faz necessário também proporcionar uma qualidade de vida para população, através de um paradigma que prega vitalidade-energia. O termo saúde não pode estar relacionado apenas com o evitar doenças. Os programas de saúde precisam ter uma visão além da prevenção de doenças, levando em consideração as condições sociais dos grupos que estão usufruindo desses serviços.

Para Canguilhem (2006), ser saudável é ser capaz de ampliar normas orgânicas diante das exigências do meio. Dentro dessa concepção, saúde perfeita seria um meio patológico, pois estaria fixo em uma única norma. O médico é o sujeito que mais fala em doença, porém é aquele que menos se preocupa com os sentidos das palavras “saúde e doença” preocupando-se apenas com os problemas vitais, biológicos e mensuráveis anatomicamente.

Soares e Camargo Junior (2007) atentam que apesar das contribuições das ciências humanas e sociais ao campo da saúde, a hegemonia do paradigma biomédico ainda é incontestável. Além disso, esses dois autores indicam a necessidade de reflexão diante das concepções de saúde e doença.

Na realidade, a medicina tradicional é incapaz de resolver os problemas da população relacionados ao sofrimento, pois não consegue atuar nos campos do acolhimento e vínculo. O cotidiano dos indivíduos é ignorado na relação médico-paciente, pois as ciências sociais não são estudadas (LUZ, 2005; GOMES, PINHEIRO, 2005; MORETTI et al., 2009).

Na concepção de Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento é uma estratégia para melhorar o acesso e o desenvolvimento de práticas integrais. É um dispositivo que constrói relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilidade clínica e sanitária. É a relação humanizada que pode ocorrer entre o prestador de serviço e o paciente. O vínculo entre o profissional e o paciente, de acordo com Schimith e Lima (2004), estimula a autonomia e cidadania, promovendo a participação do sujeito no processo terapêutico.

Soares e Camargo Junior (2007) destacam a autonomia no processo saúde doença, que visa democratizar as relações e os saberes no campo da saúde. Quando o indivíduo é entendido como sujeito do processo é possível atribuí-lo uma responsabilidade, um empoderamento diante da sua doença ou acometimento.

De acordo com Carvalho (2007), o cuidado deve ser priorizado nas ações voltadas para a saúde. É considerado como a relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento, ou intervir com a finalidade de alcançar uma qualidade de vida melhor. O cuidado está relacionado com 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.

## **2.2 Práticas corporais de saúde**

Diante desse contexto que envolve crise da saúde e vazios da pós-modernidade, as práticas corporais de saúde proliferam-se apontando para a existência de sentidos e significados relativos à saúde e à vida social de uma forma geral. Essas práticas atraem as pessoas, pois nesses espaços a população encontra solidariedade e uma rede de sociabilidade. (LUZ, 2005; GOMES, PINHEIRO, 2005; MORETTI et al., 2009; MATTOS, 2015).

As práticas corporais de saúde são “caminhos” que as pessoas percorrem na busca por cuidado e atenção. Os indivíduos não estão buscando estas práticas apenas para resolver problemas do mundo contemporâneo relacionados com o adoecimento, sofrimento, isolamento e vulnerabilidade; pois é mais que isso, eles estão buscando também a recuperação das suas identidades, a reinserção social ou familiar e principalmente a autonomia diante de um acometimento (LUZ, 2005; CARVALHO, 2006).

Dentro do contexto das práticas corporais de saúde, o movimento humano é compreendido dotado de valores, desejos e significados socioculturais, sendo fatores que ultrapassam o modelo biologizado de ser humano. O paradigma da saúde-vitalidade está presente nessas práticas, que em partes preenchem o lugar social deixado de lado pela terapêutica da biomedicina. Ou seja, são práticas com referenciais das Ciências Sociais e Humanas que criam novos discursos em relação à terapêutica (LUZ, 2005; CARVALHO, 2006; SILVA et al., 2008).

Segundo Carvalho (2006), elas atuam no processo de cuidar do corpo, ampliando as possibilidades de encontrar, observar, escutar e mobilizar as pessoas adoecidas ou doentes. Desse modo o vínculo entre o usuário e o prestador do serviço é estabelecido, estimulando a corresponsabilidade diante do processo saúde-doença e a autonomia do paciente.

As práticas corporais de saúde precisam estar relacionadas à descoberta e à consciência corporal, aos sentidos e significados do cuidar. Em outras palavras, são componentes da cultura corporal dos povos, vinculadas ao movimento humano e aos modos de se expressar pelo corpo. Não são todas as atividades físicas que atuam nessa vertente, algumas se preocupam apenas com o ser biológico, ou seja, nem todas podem ser consideradas práticas corporais de saúde (LUZ, 2005; CARVALHO, 2006)

González (2015) entende as práticas corporais de saúde da mesma maneira que Carvalho (2006) e Luz (2005). Para o autor elas podem ser entendidas como um conjunto de práticas sociais com envolvimento motor, que são realizadas fora das obrigações profissionais, domésticas, higiênicas e religiosas. Vão além de uma possibilidade de atividade física, de qualquer movimento corporal que resulta em aumento do gasto energético, sendo entendidas como uma prática social de cuidado de saúde.

Apesar de inúmeros estudos (LUZ, 2005; CARVALHO, 2006; CARVALHO, FREITAS, 2006; GONZÁLEZ, 2015; MATTOS, 2015) conceituarem as práticas corporais de saúde a partir de uma perspectiva das ciências sociais e humanas, Lazzarotti et al. (2010) identificaram o sentido com os quais o termo práticas corporais vem sendo utilizado na literatura acadêmica brasileira. Os resultados mostram que o termo ainda não apresenta uma estabilidade enquanto conceito, pelo fato de não existir uma preocupação, por parte dos autores, de definição conceitual, fazendo com que o termo apresente vários significados/sentidos.

De acordo com González (2015), existem três elementos fundamentais e comuns a todas as práticas corporais: a) o movimento corporal como elemento essencial; b) uma

organização interna (de maior ou menor grau) pautada por uma lógica específica; c) e serem produtos culturais vinculados com o lazer/ entretenimento e/ou cuidado com o corpo e saúde. Carvalho e Manoel (2015) compreendem as práticas corporais como práticas de saúde que possibilitam o cuidado.

Moretti et al. (2009) defendem as práticas corporais de saúde voltadas à promoção da saúde, pois compreendem a saúde como processo e não como ausência de doença. Atuam em defesa da vida com qualidade, defendendo um posicionamento político em torno das relações sócias. Já na concepção de Mendes e Carvalho (2015) devemos problematizar essas práticas, pois ressaltam a necessidade de irmos além do componente técnico e da atuação sobre as doenças, articulando-as com os usuários e serviços de saúde. É um movimento com a intenção de propor a produção de cuidado junto às áreas da saúde.

Alguns estudos problematizam e discutem as práticas corporais enquanto alternativas integradas às políticas do setor da saúde no Brasil. Carvalho (2006) destaca a capacidade das atividades físicas, enquanto práticas corporais de saúde, de compor um espaço interessante na Atenção Básica e na estratégia Saúde da Família com cuidado e atenção em saúde. Bagrichevsky et al. (2013) discutem a institucionalização dessas práticas no campo público, problematizando a inserção das mesmas no campo da Atenção Primária brasileira. No estudo de Carvalho e Manoel (2015) as práticas foram problematizadas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, em um município de São Paulo.

Carvalho (2007) vai mais além ao debater a inserção da Educação Física no Sistema único de Saúde (SUS) à medida que percebemos as práticas corporais de saúde, enquanto conteúdos da Educação Física, se espalhando nos serviços públicos de saúde. Vale ressaltar que nesse estudo a autora entende as práticas corporais como propostas que possuem diretrizes e princípios em torno do cuidado, acolhimento e integralidade.

Por atuarem no processo de cuidar do corpo, proporcionando solidariedade e uma rede de sociabilidade, resolvendo os problemas relacionados ao adoecimento e sofrimento da população, as práticas corporais de saúde tornam-se um caminho para os pacientes com fibromialgia. Segundo Mattos (2015), os pacientes experimentam uma sensação de acolhimento, de atenção, encontrando pessoas que conseguem reconhecer o sofrimento causado pela síndrome.

É comum as mulheres relatarem que ficavam em casa chorando, depressivas, melancólicas, com algias intensas; entretanto, depois que ingressam nas práticas corporais de saúde, relatam uma mudança significativa na maneira de encarar o adoecimento e os demais problemas da existência (MATTOS, 2015, p.27).

Luz (2005), Mattos (2015) e Carvalho (2006) compreendem as práticas corporais de saúde como novas práticas terapêuticas corporais. Mattos (2015) entende que elas possibilitam maior autonomia para indivíduos com fibromialgia, resultando em um melhor enfrentamento da síndrome e conseqüentemente, melhorando a saúde e qualidade de vida dos acometidos, ou seja, as práticas produzem novos sentidos e significados para o viver. Carvalho e Luz (2009) entendem que é a partir do seu universo simbólico e das suas relações sociais construídas que o ser humano consegue atribuir sentidos e significados.

A todo componente da cultura corporal são atribuídos valores, sentidos e significados. Para que a atividade física, enquanto prática corporal, signifique saúde para o praticante, é necessário levar em consideração não só os dados físicos e biológicos, pois as dimensões afetivas e subjetivas dos indivíduos também precisam ser compreendidas. Existem valores, sentidos e significados para todas as ações corporais (CARVALHO, 2006; CARVALHO, FREITAS, 2006; MATTOS, 2015).

Carvalho e Luz (2009) corroboram com o posicionamento anterior, apontando que os sentidos e significados são originados a partir de uma construção social. Dentro do universo as práticas terapêuticas, os sentidos e significados atribuídos a elas são construídos a partir das relações estabelecidas entre os atores sociais em determinado contexto histórico. Os sentidos e significados não devem ser “naturalizados” e muito menos considerados “iminentes” aos praticantes, pois sendo assim estaríamos por excluir a capacidade que o homem tem de transformar as coisas. Nem sempre estão presentes através do discurso, pois podem se originar também nos gestos e nas expressões corporais.

A dor crônica e difusa é o principal sintoma da fibromialgia e enquanto sensação ou discurso forma uma linguagem social entre os pacientes. Essa linguagem, compartilhada ao longo do tratamento com práticas corporais, pode produzir os laços sociais entre os pacientes (vínculo) e por conseqüência o sentimento de pertencimento (acolhimento). É a construção de uma identidade coletiva de grupo que ressignifica o adoecimento, possibilitando ao paciente uma melhor maneira de lidar com o sofrimento (MATTOS, 2015).

Segundo Carvalho (2007), as práticas corporais de saúde carregam os significados que os indivíduos lhes atribuem. Contemplam a organização cultural e as vivências lúdicas, atuando de acordo com a lógica do acolhimento. Os desejos e as necessidades dos indivíduos são levados em consideração por estas práticas.

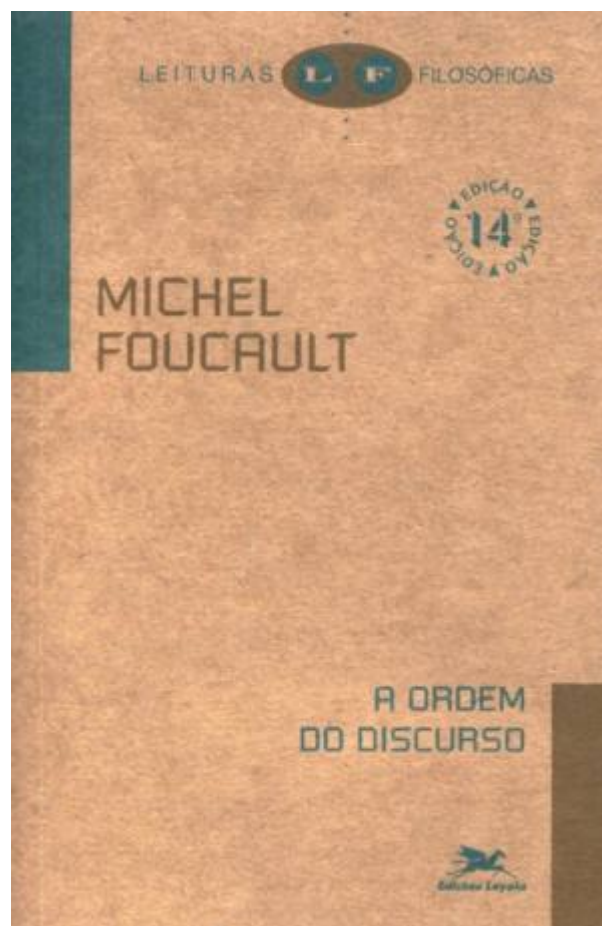
A partir do que foi estudado, problematizado e exposto nos dois primeiros capítulos dessa dissertação compreende-se o papel fundamental que as práticas corporais de saúde

exercem na vida dos pacientes com fibromialgia, sendo uma nova maneira de encarar o adoecimento. Entretanto, vale ressaltar também a importância de uma intervenção interdisciplinar ou multidisciplinar no tratamento de pacientes com fibromialgia, ou seja, as práticas corporais de saúde, enquanto práticas terapêuticas devem estar inclusas em uma dessas formas de tratamento.

### 3 ANÁLISE DA ORDEM DO DISCURSO

O capítulo terceiro da dissertação irá abordar a análise da ordem do discurso, com base em obras escritas por Michel Foucault (1999, 2012, 2014 e 2015). A Ordem do Discurso aborda os procedimentos que buscam controlar o que é produzido, por quem é produzido e como se difundem os discursos. Durante o livro, a Ordem do discurso, Foucault (2015) vai propor procedimentos metodológicos de análise do discurso. Em Arqueologia do Saber e Formação Discursiva, Foucault (2012) objetiva especificar um método de investigação que visa entender a ordem interna que constitui um determinado saber.

Figura 4 - A ordem do discurso.



Fonte: Foucault (2015).

Antes de adentrar ao campo da Análise da Ordem do Discurso à luz de Michel Foucault, faz-se necessário apresentar a Análise do Discurso convencional. Macedo et al.

(2012) consideram a Análise do Discurso como possibilidade de captar o sentido não explícito no discurso, por meio da interpretação da linguagem. O autor argumenta que é no campo da linguagem que explicitamos a determinação de vários fenômenos e conceitos, sendo a palavra uma espécie de ponta lançada entre um ou mais locutores e um ou mais interlocutores.

Capelle et al. (2011) afirmam que a Análise de Discurso tem sido muito utilizada e tem se mostrado adequada para os trabalhos com dados qualitativos, principalmente quando se trata de identificar relações de poder permeadas por mecanismos de dominação escondidos sob a linguagem. Entretanto, Bardin (1979), em sua obra “Análise de Conteúdo”, afirma que a análise do discurso pertence ao campo da análise do conteúdo. Para ela, a Análise do Discurso é uma técnica que objetiva inferir a cerca de uma estrutura profunda a partir de efeitos de superfície discursiva.

O discurso é definido, por Eni Orlandi (1994), como efeito de sentido entre locutores. O autor afirma que esta definição nos introduz em um campo disciplinar que trata da linguagem em seu funcionamento. Por volta dos anos 60, os estudos e pesquisas realizados sobre a relação da linguagem com seu contexto tomam uma forma singular e precisa, no que foi chamado de Análise do Discurso. O campo de conhecimento denominado Análise do Discurso é fruto dessa relação.

Foucault (2015) relata como os inúmeros discursos, encontrados em um grupo ou sociedade, desempenham funções de controle, limitação e validação das regras de poder desta mesma sociedade. Discurso é conceituado como uma rede de signos que se conecta a outras redes de outros discursos, em um sistema aberto, e que registra, estabelece e reproduz valores desta sociedade que precisam ser preservados.

Para Foucault (2015) o discurso é considerado uma organização de funções, relacionado à ordem, onde um imaginário social consegue se estruturar. É o próprio objeto de desejo que se busca, possuindo um poder intrínseco, independentemente da relação com as outras coisas, de reprodução e dominação.

O discurso nada mais é do que um jogo, de escritura, no primeiro caso, de leitura, no segundo caso, de troca, no terceiro caso; e essa troca, leitura e escritura jamais põem em jogo senão os signos (FOUCAULT, 2015, p.49).

Logo no início da obra, Foucault (2015) é cauteloso ao afirmar que a ordem do discurso é um campo arriscado, que nem sempre responde às expectativas criadas. Há muito



tempo se cuida da aparição do discurso, sendo importante ressaltar que o mesmo está na ordem das leis.

Em outra obra de sua autoria, a *Arqueologia do Saber*, Foucault (2012) define discurso como um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva. O discurso faz uso dos enunciados de determinado campo discursivo para seguir os interesses de cada caso momentâneo. Nesta obra o interesse de Foucault está centrado no discurso real, pronunciado e existente como materialidade.

Assim como na obra *A Ordem do Discurso*, em *Microfísica do Poder*, Michel Foucault (2015 e 2014) aborda a relação entre saber e poder nas relações sociais. O discurso vai fundamentar uma relação recíproca entre saber e poder, contribuindo assim para a constituição de uma relação social. O discurso que ordena determinada sociedade é produzido pelo indivíduo que detém o saber, ou seja, pela classe dominante.

De acordo com Ferreirinha e Raitz (2010) é importante compreender, antes de qualquer coisa, a etimologia da palavra poder, que na prática é uma ação que exprime força, persuasão, controle, regulação e etc. Na esfera social, a palavra poder se define como a capacidade de este conseguir algo por direito, controle ou influência. Ao estudar o poder, Michel Foucault não estava preocupado em criar uma teoria de poder e sim estudar os sujeitos atuando sobre os outros sujeitos.

Foucault (2014) ressalta que o poder é considerado uma prática, uma construção social inserida nas relações entre classes. É importante destacar que nem sempre existe dominação entre as relações, porém sempre existirá relação de poder. A dominação do homem existe mediante práticas políticas e econômicas utilizadas pelas classes dominantes, com a finalidade de manipular os indivíduos<sup>17</sup>.

Nesse contexto o poder disciplinar<sup>18</sup> precisa ser desatacado, pois é através dele que as relações de poder são observadas com maior facilidade. As relações entre opressor-oprimido, e outras que revelem comando e comandados, são estabelecidas pelo poder disciplinar. Um tipo de poder que é centrado no corpo, que produz efeitos individualizantes, manipulando o mesmo (FOUCAULT, 1999; FERREIRINHA, RAITZ, 2010).

Na realidade o poder disciplinar veio em substituição ao poder de soberania, procurando preencher os espaços vazios deixados pela mesma no campo político. Na

---

<sup>17</sup> Max Weber: *Economia e Sociedade*.

<sup>18</sup> Tecnologia de poder que aparece nos séculos XVII e XVIII centrada no corpo individual.

soberania, o direito de vida e de morte era um dos atributos fundamentais deste poder. Vale ressaltar que era o campo do poder político que controlava esses direitos.

Por outro lado, Foucault destaca uma nova tecnologia que prega a assunção da vida pelo poder. Trata-se da Biopolítica<sup>19</sup>, uma tecnologia que não exclui a soberania e nem a disciplina, pois retoma a soberania aperfeiçoando o poder disciplinar. Um tipo de poder que é centrado na população, nos processos biológicos. Na realidade a vida é o seu objeto de intervenção, sendo uma tecnologia que se preocupa em agrupar os efeitos de massas próprios de uma população (FOUCAULT, 1999; FERREIRINHA, RAITZ, 2010).

Apesar de o capítulo estar voltado para a análise do discurso com base em Michel Foucault, é importante ressaltar o entendimento de Norman Fairclough, um dos fundadores da Análise Crítica do Discurso. Na sua concepção, os discursos incluem representações de como as coisas são e têm sido, bem como imaginários, entendidos como representações de como as coisas seriam, deveriam ou poderiam ser. Para ele, toda prática é um articulação de elementos sociais, ou seja, toda prática inclui o discurso (FAIRCLOUGH, 2010).

Foucault (2015) afirma que nas sociedades a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos. São procedimentos para a hegemonia na ordem do discurso que têm por função conjurar os poderes e perigos do discurso, dominar o acontecimento aleatório dos mesmos e esquivar a pesada e temível materialidade do discurso.

Os procedimentos de exclusão, aqueles que limitam o discurso, estão inseridos em nossa sociedade, entretanto exercem suas funções de modo exterior. A interdição, a rejeição e a vontade de verdade são os três princípios que constituem esse procedimento (FOUCAULT, 2015).

A interdição nos diz que não se tem o direito de dizer tudo em qualquer circunstância, ou seja, não se pode falar qualquer coisa. As inúmeras interdições que afetam o discurso revelam, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Enquanto isso o princípio da rejeição trabalha com a dualística “razão x loucura”, segregando a loucura e afirmando que o discurso do louco não pode circular entre os outros, ou seja, trata-se de um tipo social sem voz na sociedade. Nesse contexto, o discurso do louco é negado, ignorado e nunca é acolhido. O último princípio deste procedimento, oposição do verdadeiro e falso, ressalta a validação no verdadeiro.

---

<sup>19</sup> É considerada uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, sendo uma espécie de estatização do biológico.

A vontade de verdade, o terceiro princípio que compõe o procedimento de exclusão, exerce uma pressão sobre os outros discursos, intimidando-os. Este princípio sempre será utilizado como forma de regular e controlar a sociedade. Segundo o autor, compreender a vontade de verdade possibilita entender o contexto em que o discurso funciona de maneira negativa. Nesse caso a dominação do poder opressor é alcançada, a partir de uma relação estabelecida entre poder e saber. Toda produção discursiva implica certa vontade de conhecer as verdades do discurso (FOUCAULT, 2014; FOUCAULT, 2015).

Em *Microfísica do Poder*, Foucault (2014) explica que a verdade é resultado de um jogo opressivo que pode causar efeitos reguladores do poder. Nesse contexto, o discurso viria de uma classe dominadora que tenta convencer uma sociedade alienada.

O poder como verdade institui-se ou pelos discursos produzidos, ou pelos movimentos que são vitimados pela própria organização que a acomete. O tempo inteiro os indivíduos são obrigados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar, ou seja, a população é forçada a dizer a verdade, pois somos coagidos e condenados a confessar a verdade (FOUCAULT, 1999; FERREIRINHA, RAITZ, 2010).

Além dos procedimentos citados anteriormente que controlam e delimitam o discurso de maneira externa, há princípios internos que controlam o discurso. Este grupo funciona a título de princípio de classificação, de ordenação, de distribuição, tratando de submeter outra dimensão do discurso: a do acontecimento e do acaso. Foucault chama esse procedimento de rarefação do discurso, destacando os princípios que o constituem: o comentário, o autor e a disciplina (FOUCAULT, 2015).

O comentário limita o acaso do discurso, permitindo-lhe dizer algo além do texto mesmo, com a condição de que o texto mesmo seja dito e realizado. O comentário vai consistir em discursos cotidianos que se esgotam nos próprios atos de pronunciá-los e em discursos que fundamentam atos novos, em que o texto primeiro e o texto segundo desempenham um papel solidário. Este princípio permite construir novos discursos.

De acordo com Foucault, o autor, outro princípio de rarefação do discurso, é complementar ao princípio anterior. Entretanto, vale ressaltar que não se trata do autor que pronuncia e escreve um livro, uma tese e/ou um texto, mas sim como princípio de agrupamento do discurso. O autor vige nos discursos de autoria. “O autor é aquele que dá à inquietante linguagem da ficção suas unidades, seus nós de coerências, sua inserção no real” (FOUCAULT, 2015, p.28).

O terceiro e último princípio da rarefação do discurso, a disciplina, se opõe aos princípios citados anteriormente (comentário e autor). Ela controla a produção do discurso e se define por um domínio de objetos, conjuntos de métodos, sendo um jogo de regras e de definições. Não é considerada a soma de tudo o que pode ser dito de verdadeiro sobre algo e tão pouco o conjunto de tudo o que pode ser aceito, pois qualquer disciplina é constituída por erros e verdades

Existe também um terceiro e último grupo de procedimentos que controlam os discursos. Desta vez, a rarefação é dos sujeitos que falam, daqueles que pronunciam o discurso. Aos sujeitos que falam é imposto um certo número de regras, fazendo com que nem todos tenham acesso aos discursos. Ou seja, são procedimentos que determinam as condições de funcionamento do discurso e seu sujeito. Quatro princípios constituem este procedimento: os rituais da palavra, as sociedades de discurso, os grupos doutrinários e as apropriações culturais (FOUCAULT, 2015).

Os rituais da palavra preestabelecem propriedades singulares e papéis aos sujeitos, fazendo com que o discurso seja restringido. Esse princípio vai determinar as regras para a troca e comunicação, além de traçar o perfil daqueles que poderão entrar na ordem do discurso. Ressalta a necessidade de algumas características acompanharem o discurso, como por exemplo, os gestos, os comportamentos, as circunstâncias e os conjuntos de signos.

As sociedades do discurso, outro princípio da rarefação do sujeito, conservam e/ou produzem discursos. Foucault enxerga na instituição do escritor, do sujeito, uma sociedade do discurso arbitrária. Enfatiza que existem exemplos atuais de sociedades do discurso, quando cita as formas de difusão e de circulação dos discursos médicos e quando aborda aqueles que se apropriam do discurso econômico ou político.

Os grupos doutrinários, como as doutrinas religiosas, por exemplo, constituem o inverso de uma sociedade do discurso. Ou seja, o número de indivíduos que falam nessa sociedade tende a ser limitado, pois é apenas entre eles que o determinado discurso pode circular, ser transmitido. Este princípio objetiva questionar ao mesmo tempo o sujeito que fala e o enunciado, indagando o enunciado a partir dos sujeitos que falam e os sujeitos que falam através do enunciado. São discursos comuns, entretanto vale ressaltar que a doutrina é sinal de status, classes, interesses, lutas, revoltas e etc.

Por fim, as apropriações sociais, princípio que figura e enfatiza a educação. A educação é um direito de todos, sendo um forte instrumento que possibilita o acesso a

qualquer tipo de discurso. Foucault destaca que a educação é um sistema que visa manter ou modificar a apropriação dos discursos de maneira política.

Foucault (2015) insere também, nesta obra, os conceitos denominados logofobia e logofilia. Ambos formam um par de elementos indissociáveis e importantes para a ordem do discurso, pois são eixos que estruturam a produção e a divulgação dos discursos. Na realidade, logofobia e logofilia traduzem-se por receio e/ou angústia de não ter o discurso próprio, individualizado, validado e, portanto, inserido “no verdadeiro”. Vale destacar que este eixo parece ser a fonte de decisões fundamentais para a análise do discurso, estabelecendo outras noções: sujeito fundante, experiência originária e mediação universal.

O sujeito fundante permite eliminar a realidade do sujeito, fundando horizontes de significação do discurso. Quando inserido nos modos de elisão da realidade produz o registro, a escritura. Na análise do discurso ele vai questionar a vontade de verdade presente nos discursos. A experiência originária supõe uma verdade anterior e contínua, denominada leitura, pois acredita em uma espécie de conhecimento do mundo existente antes de nossa aparição neste planeta. No campo da análise do discurso vai restituir o caráter aleatório, ou melhor, de acontecimento do discurso. A mediação universal induz à crença na consciência imediata e racional sobre o mundo, caracterizando a troca. Na análise do discurso, esse modo de elisão da realidade visa cessar a soberania dos significantes do imaginário (FOUCAULT, 2015).

Estas três noções estabelecidas pelo autor a partir do eixo logofobia-logofilia, citadas anteriormente, levam Foucault (2015) a organizar quatro princípios reguladores fundamentais para a análise do discurso. A função desses quatro princípios é de inverter as noções antes estabelecidas, ou seja, as pré-estabelecidas. Os quatro princípios reguladores são: noção de acontecimento, noção de série, noção de regularidade e noção de condição de possibilidade.

A noção de acontecimento, enquanto princípio regulador da análise do discurso, assume uma postura crítica ao defender que não há criação baseada na ideia de sujeito falante. O tempo todo ressalta que o discurso é reproduzido por eventos aleatórios, mesmo que contextualizados. Seguindo também essa postura crítica, a noção de série aparece se opondo à unidade do discurso, e destaca que não há continuidade, ou seja, não há uma série que supostamente gere uma rede de significados (FOUCAULT, 2015).

A noção de regularidade vai se opor à originalidade do discurso, afirmando a não existência da produção regular desse mesmo discurso. Na realidade vai defender a existência

de uma impermanência discursiva, destacando que cada acontecimento pode ser compreendido como original sem que seja o sujeito fundante ou a continuidade de discursos anteriores. A última noção, a de continuidade de possibilidade, se opõe à significação do discurso. Ela ressalta que não existem núcleos de significados nos discursos, pois o que existe é a possibilidade de verdade no conjunto das redes de significantes (FOUCAULT, 2015).

Foucault (2015) destaca que depois de estabelecidas as decisões fundamentais para a análise do discurso a partir do eixo logofobia-logofilia, estabelecidos os princípios reguladores e suas oposições, é possível compreender os quatro princípios propostos como métodos para analisar o discurso. Os quatro princípios de análise do discurso que funcionam como método de análise são: princípio de inversão, princípios da descontinuidade, princípio de especificidade e princípio da exterioridade. Exceto o princípio da inversão que assume uma postura crítica ao discurso, todos os outros três princípios defendem o conhecimento genealógico do discurso.

O princípio da inversão prega que é necessário olhar a fonte dos discursos não apenas como algo positivo, mas também como participante direto de um jogo negativo. Em outras palavras, as fontes dos discursos devem ser reconhecidas e entendidas a partir da ótica de seus interesses, pois elas nunca são ingênuas. O pesquisador precisa olhar as fontes de informação de maneira mais cuidadosa e responsável. Nas figuras que aparentam desempenhar uma função positiva como a do autor, da disciplina, da vontade de verdade, é preciso reconhecer, em contraposição, o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação discursiva. Recorta-se o texto e inverte-se o significado proposto, negando-o e colocando em evidência os significantes (FOUCAULT, 2015).

De acordo com o princípio da descontinuidade, a leitura dos discursos pelas noções expostas e uma vez evidenciada a rarefação, percebe-se que não há um contínuo de verdades evolutivas nos discursos. Os discursos precisam ser tratados como práticas descontínuas que se cruzam, mas também se ignoram ou se excluem. Não existe discurso ilimitado (FOUCAULT, 2015).

O princípio da especificidade atenta para que o discurso não seja transformado em um jogo de significações prévias. Discurso precisa ser concebido como uma violência que fazemos às coisas. O discurso pronunciado por autores não torna os significados propostos verdades absolutas e universais (FOUCAULT, 2015).

Por fim, o princípio da exterioridade prega que é necessário fixar as fronteiras do discurso, primeiramente nele mesmo, restringindo a busca de um núcleo de verdades

significativas. Passar às condições externas de possibilidade, após suas aparição e regularidade. Este princípio coloca o discurso frente as suas fronteiras externas e não ao seu centro (FOUCAULT, 2015).

Ainda no livro “A Ordem do Discurso”, Foucault aborda dois conjuntos de conhecimento que são necessários para uma análise do discurso: um crítico e outro genealógico. O conhecimento crítico analisa os processos de rarefação, mas também de reagrupamento e de unificação dos discursos. Na realidade, coloca em prática o princípio da inversão do discurso, pois procura cercar as formas da exclusão, da limitação, da apropriação de que falava há pouco. Além disso, procura mostrar como se formaram, como se modificaram e se deslocaram os discursos, que força exerceram efetivamente (FOUCAULT, 2015).

O conhecimento genealógico coloca em prática os outros três princípios, conforme abordados anteriormente nos outros parágrafos. Procura estabelecer como se formam séries de discursos, a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento e de variação. Objetiva estudar a formação dos discursos de maneira dispersa, descontínua e regular (FOUCAULT, 2015).

Foucault (2015) ressalta que esses dois conhecimentos nunca aparecem inteiramente inseparáveis, pois não há de um lado as formas da rejeição, da exclusão, do reagrupamento ou da atribuição; e, de outro o surgimento espontâneo dos discursos. O ponto principal não está relacionado ao objeto ou ao domínio de um dos dois, mas em relação ao ponto de ataque e de delimitação. Nunca estão inseridos inteiramente inseparáveis, pois o que ocorre é uma predominância.

Em Arqueologia do Saber e a Formação Discursiva, Foucault (2012) vai inaugurar uma nova história. Na sua concepção o ser humano é um ser discursivo, sendo a arqueologia um método para desvendar como esse homem consegue construir sua própria existência. A definição do método Foucaultiano, nesta obra, irá se construir a partir da definição dos principais objetos: o discurso, o enunciado e o saber.

A arqueologia tem a capacidade de relacionar diferentes discursos, articulando formações discursivas com práticas econômicas, sociais e políticas. Apesar desta qualidade, a arqueologia vai apresentar uma deficiência que se diz respeito à falta de sistematização entre formações discursivas e não-discursivas. Foucault (2012) destaca que é por este motivo que a arqueologia do saber não pode ser considerada uma teoria.

É muito importante destacar que é a partir do que se fala sobre os sujeitos e os objetos que os mesmos são construídos discursivamente, ou seja, eles não existem em um primeiro momento. Este método fundamenta-se em alguns conceitos como o discurso, prática discursiva, enunciado, formação discursiva e o saber (FOUCAULT, 2012).

Foucault (2012) vai destacar o discurso, dando a ele uma característica importantíssima para a formulação teórica do método. O discurso não deixa de ser uma prática, que visa construir seu sentido nas relações e nos enunciados. O autor não está mais interessado em abordar o discurso como um conjunto de signos e sim como práticas que formam de maneira sistemática os objetos de que falam. Na realidade, de maneira mais resumida, é mais que utilizar esses signos para designar fatos.

A prática discursiva é definida na obra como um conjunto de regras históricas, determinadas em um tempo e espaço, que definiram, para uma determinada área social, política, econômica ou linguística em uma dada época. É a relação do discurso com os níveis materiais de determinada realidade. Exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras e expor relações que se dão dentro de um discurso (FISCHER, 2001; FOUCAULT, 2012).

O enunciado é considerado mais do que qualquer frase. É uma função de existência, que tem a capacidade de ultrapassar um domínio de estruturas e de unidades possíveis, fazendo-as aparecer com conteúdos concretos. Vale ressaltar que é a possibilidade de repetibilidade que garante a existência do enunciado (FOUCAULT, 2012).

Fischer (2001) tenta explicar o que é o enunciado através de um exemplo; “o professor é antes de tudo alguém que se doa, que ama as crianças, que acredita na sua nobre missão de ensinar”. Para o autor, o enunciado tem quatro elementos básicos: um referente; um sujeito; um campo associado; materialidade específica. O enunciado é descrito quando dar-se conta dessas especialidades.

A formação discursiva está relacionada com o entendimento das ideias e do pensamento. O objetivo desta formação é buscar aqueles discursos que tornam estas mesmas ideias e pensamentos possíveis.

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhantes sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade, diremos, por convenção, que se trata de um formação discursiva (FOUCAULT, 2012, p.43).



Além de buscar determinados discursos, a formação discursiva visa resolver a contradição existente entre uma simultânea existência de um processo de dispersão e de um processo de regularidade discursiva. A proposta nada mais é do que buscar essas regularidades em meio a dispersão. É um princípio de dispersão que funciona como matriz de sentido (FISCHER, 2001; FOUCAULT, 2012).

A análise dos enunciados e da formação discursiva são estabelecidas correlativamente. O discurso médico, o econômico e o político; cada um deles compreende um conjunto de enunciados, apoiados num determinado sistema de formações discursivas (medicina, economia e política). Alguns discursos não têm uma área específica, porém seus enunciados situam-se como novos campos de saber, os quais tangenciam mais de uma formação discursiva (FISCHER, 2001; FOUCAULT, 2012).

Foucault (2012) apresenta também, em *Arqueologia do Saber*, quatro níveis de constituição do discurso. Os objetos são definidos sob inúmeros aspectos. Eles vão surgir sob as condições positivas de um conjunto complexo de relações, não podendo dizer qualquer coisa em qualquer época. Os objetos dependem de um conjunto de regras, pois são estes conjuntos que irão formá-los como objetos de um determinado discurso.

Os conceitos são dispositivos presentes em cada formação discursiva, e funcionam conforme o campo de saber e o modo como se relaciona, se diferencia, se associa a outros campos de saber. Os tipos de enunciados não estão relacionados ao estilo enunciativo, ou seja, não são eles que encerram determinado discurso. Por fim, as estratégias que se relacionam com as teorias. É um nível importantíssimo para a formação discursiva, pois quando definida enquanto sistema a estratégia consegue individualizar a formação discursiva (FOUCAULT, 2012).

É imprescindível destacar que são as relações entre estes quatro níveis de constituição discursiva (objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias) que possibilitam a regularidade de elementos, ou seja, regularidade em meio a dispersão.

Discorrendo ainda sobre formação discursiva Foucault (2012) destaca que a mesma não fica parada no tempo, pois sua regularidade está relacionada como processos temporais. Na realidade, a formação discursiva vai levar em consideração uma série de acontecimentos discursivos, assim como, séries de transformações e mutações que garantem que a mesma não fique parada no tempo.

## 4 MÉTODOS

O presente estudo possui caráter qualitativo e a coleta de dados foi realizada através de entrevistas em profundidade com alunas diagnosticadas com fibromialgia do Programa de extensão “Práticas Corporais de Saúde” (PRACORSAU<sup>20</sup>) do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física e de observação em campo não-sistemática. A metodologia de análise dos dados escolhida foi a análise do discurso com base em Michel Foucault (2015, 2014, 2012, 1999). Os critérios de inclusão do estudo foram o diagnóstico da síndrome e estar inserido na turma de transição do Projeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia”, projeto esse que está vinculado ao PRACORSAU. A amostra do estudo foi composta por 8 (oito) alunas, com uma média de idade de 55,5 anos, que frequentaram as atividades interdisciplinares do grupo de Transição.

### 4.1 PRACORSAU

Figura 4 - Logo - PRACORSAU.



O Projeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia” 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

---

<sup>20</sup> Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde.

fibromialgia, melhorar a capacidade funcional, aprimorar valências físicas, favorecer o controle ponderal, diminuir a tensão muscular, criar e/ou consolidar hábitos da prática de atividade física regular e colaborar para o aumento da autoestima.

O Projeto oferece exercício físico supervisionado por profissionais de Educação Física em duas sessões semanais de uma hora cada (terças e quintas), orientação nutricional quinzenal e apoio psicológico semanal por profissionais habilitados. A nutricionista é graduada em nutrição, especialista em nutrição clínica e o vínculo com a UERJ se dá através de uma bolsa de PROATEC-SR2<sup>21</sup>. A psicóloga é bacharel em psicologia e especialista em desenvolvimento de recursos humanos.

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 por um estagiário específico. 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 está ministrando 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.

---

<sup>21</sup> Programa de apoio técnico às atividades de ensino, pesquisa e extensão. O PROATEC foi criado pelo AEDA-002/REITORIA01, de 18/01/2001, e alterado pelo AEDA-026/REITORIA/08, de 15/04/2008, visando dar suporte técnico a projetos acadêmicos.

Tabela 1 - Treinamento aeróbio

BLOCO I	BLOCO II	BLOCO III
3 minutos de CoCa	3 minutos de CoCa	Atividade V
Atividade I	Atividade III	3 minutos de CoCa
3 minutos de CoCa	3 minutos de CoCa	Atividade VI
Atividade II	Atividade IV	3 minutos de CoCa

O treinamento de força é constituído por dez exercícios, sendo realizada uma (Transição<sup>22</sup>) ou duas (Convivência<sup>23</sup>) séries de dez repetições máximas 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 Abdução, Cadeira Extensora, Cadeira flexora, Supino Máquina, Remada Aberta, Perdigreiro 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.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) (1998) estabeleceu as seguintes recomendações para a quantidade e o tipo de treinamento necessário para o desenvolvimento e a manutenção da aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e força e endurance musculares no adulto saudável: frequência de treinamento de 3 a 5 vezes por semana; intensidade de treinamento de 50% a 85% da frequência cardíaca de reserva; duração do treinamento de 20 a 60 minutos de atividade aeróbica contínua. O treinamento contra resistido também foi recomendado: intensidade moderada; 8 a 10 exercícios; 8 a 12 repetições; uma série. Exercícios de flexibilidade, aquecimento e volta à calma também foram recomendados.

O ACSM (1998) também recomendou alguns tipos de atividades: qualquer atividade que mobilize grandes grupos musculares que possa ser mantida continuamente e seja de natureza rítmica e aeróbica, como, por exemplo, caminhada, corrida/jogging, andar de

<sup>22</sup> 3-6 meses de tratamento.

<sup>23</sup> 6-9 meses de tratamento.

bicicleta ou exercício no cicloergômetro, esqui cross-country (de planície), dança, pular corda, remo, subir escadas, nadar, patinar e diversas outras atividades lúdicas de endurance.

A sessão de exercício físico que é oferecida e desenvolvida pelo PRACORSAU aproxima-se em inúmeros pontos das recomendações estabelecidas pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte sobre os treinamentos aeróbio, de força e de flexibilidade.

O até então Subprojeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia” fazia parte do Projeto “Educação Física e Promoção da Saúde”. O Projeto “Educação Física e Promoção da Saúde” já oferecia seus serviços à comunidade interna e externa há 16 (dezesesseis) anos, além de possuir mais três Subprojetos vinculados, totalizando quatro com o da fibromialgia. Ou seja, o Projeto possuía critérios suficientes para ser submetido a Programa. A partir de um ato executivo do Magnífico reitor, em 2014, tornou-se o “Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde” (PRACORSAU). O título de Programa dá mais estabilidade e visibilidade às atividades desenvolvidas.

Figura 6 - Banner – PRACORSAU

**PRACORSAU**  
Programa de Extensão  
Práticas Corporais de Saúde

**SR3**  
**UERJ**

CONSELHO DE ENSEINO, PESQUISA E EXTENSÃO  
**UERJ**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Criado por Ato Executivo de Decisão Administrativa publicado pelo  
Magnífico Reitor Ricardo Veiralves 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 Silva de Oliveira Barbosa  
Rafael Mattos  
Jerusa M. de A. Souza  
Mária 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*

Existem três turmas distintas no Projeto: Adaptação, Transição e Convivência. Ao ingressar no Projeto, os alunos frequentam a turma de Adaptação e, como o próprio nome já diz, nessa turma os alunos se adaptam ao tratamento durante três meses. Nesse período de 3 meses os exercícios são caracterizados por sua intensidade leve, pois grande parte do grupo ainda está bem acometido pela síndrome, sentido fortes algias por todo o corpo, sem contar com os outros sinais e sintomas que geralmente estão associados à fibromialgia. Desse modo opta-se por dar uma maior atenção para os exercícios de alongamento e de relaxamento corporal, deixando o treinamento de força para a fase seguinte. Existe ainda, nesse período, um grupo interdisciplinar de educação em saúde<sup>24</sup>. 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 II do Projeto, para a turma de Transição. Nesse momento, a intensidade do exercício aumenta e as alunas 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, as alunas são incentivadas a se exercitarem mais um dia na semana. Inicia-se o grupo terapêutico da psicologia. A assiduidade necessária continua em torno dos 75%.

A última fase do Projeto intitula-se Convivência, onde os alunos estão mais confiantes e os sintomas estão menos exacerbados. Devido a isso, a intensidade das atividades é maior, com duas séries no treinamento de força e os alunos são incentivados a se exercitarem mais um dia na semana. Não existe uma assiduidade mínima para continuar frequentando as atividades dessa fase, pois entende-se que os alunos estão aptos para realizarem seus treinamentos perto de suas casas, podendo frequentar a UERJ esporadicamente.

#### 4.2 Amostra e procedimento éticos

---

<sup>24</sup> Atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde (Ministério da Saúde, 1980).

A amostra do estudo foi composta por 8 (oito) alunas do grupo de Transição. As nove alunas que foram entrevistadas pelo pesquisador principal do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 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), no dia 01/06/2015, 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 no dia 10/12/2015. Certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE): 49971715.3.0000.5259 (ANEXO C).

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 roteiro das entrevistas foi desenvolvido no decorrer da construção do Projeto de pesquisa. Através de leituras e pesquisas o roteiro foi construído, agrupando cinco itens que o pesquisador do estudo julgou importantes. Eis os itens que constituíram o roteiro das entrevistas:

- a) diagnóstico da fibromialgia;
- b) sinais e sintomas ;
- c) terapêuticas;
- d) fatores relevantes da história de vida;
- e) Programa de Extensão da UERJ.

Optou-se por intervir no grupo de Transição, pois, diferentemente do grupo de Adaptação, este grupo participa de todas as atividades físicas oferecidas pelo Projeto. Por ser a última etapa do Projeto, caracterizada por alunas com o quadro sintomático bem controlado, e reunir alunas que ingressaram em momentos diferentes no Projeto, o pesquisador preferiu não estudar o Grupo de Convivência.

### 4.3 Caracterização da amostra

Visando caracterizar a amostra do estudo, foi aplicado durante as entrevistas um questionário sociodemográfico com os seguintes itens: idade, sexo, cor de pele, filhos, estado civil, religião, bairro, cidade, escolaridade, profissão, nacionalidade, naturalidade, renda familiar, renda própria, contribuição na renda familiar e doenças passadas ou atuais<sup>25</sup>.

A média de idade da amostra é de 55,5 anos (DP=9,18). Todas as oito pacientes entrevistadas são do sexo feminino, brasileiras e mães. De acordo com o gráfico I, 6 (75%) das mulheres possuem 2 (dois) filhos, enquanto 2 (25%) possuem 1 (um) filho.

Gráfico I - quantidade de filhos



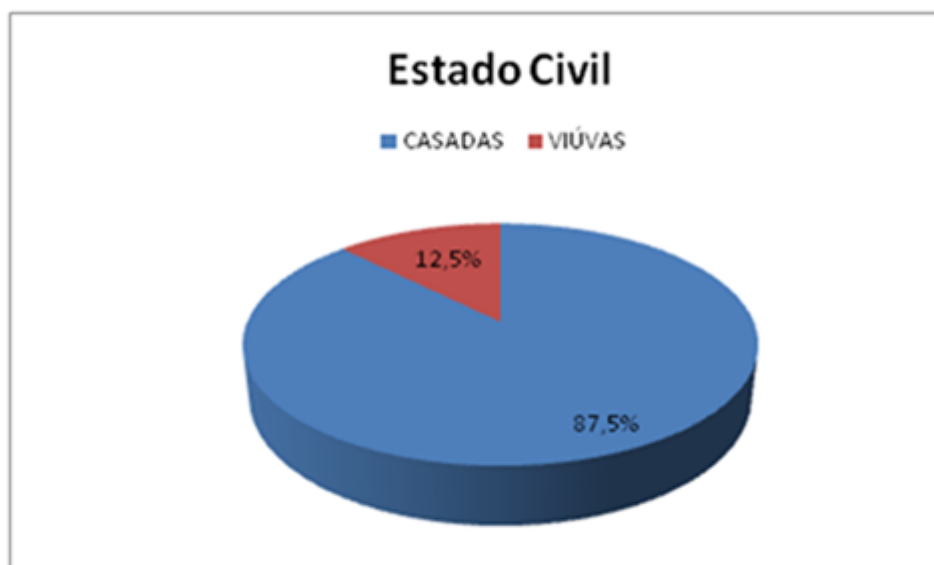
Fonte: Oliveira, 2017.

Em relação ao estado civil, 7 (87,5%) das pacientes estão casadas, enquanto apenas 1 (12,5%) é viúva. O gráfico III informa que 6 (62,5%) residem na cidade do Rio de Janeiro, 1 (12,5%) reside em São Gonçalo e 1 (12,5%) reside em Duque de Caxias. Entretanto, 4 (50%) são naturais da cidade do Rio de Janeiro, 1 (12,5%) é natural de Miracema (RJ), 1 (12,5%) de Salvador (BA), 1 (12,5%) de Teolândia (BA) e 1 (12,5%) de Teófilo Otoni (MG).

<sup>25</sup> Anexo E.

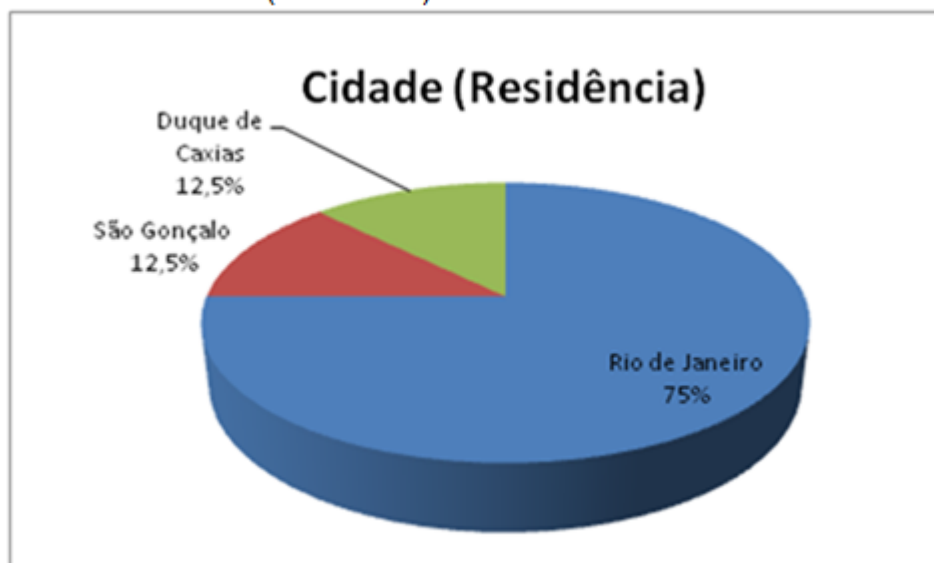


Gráfico II - estado civil



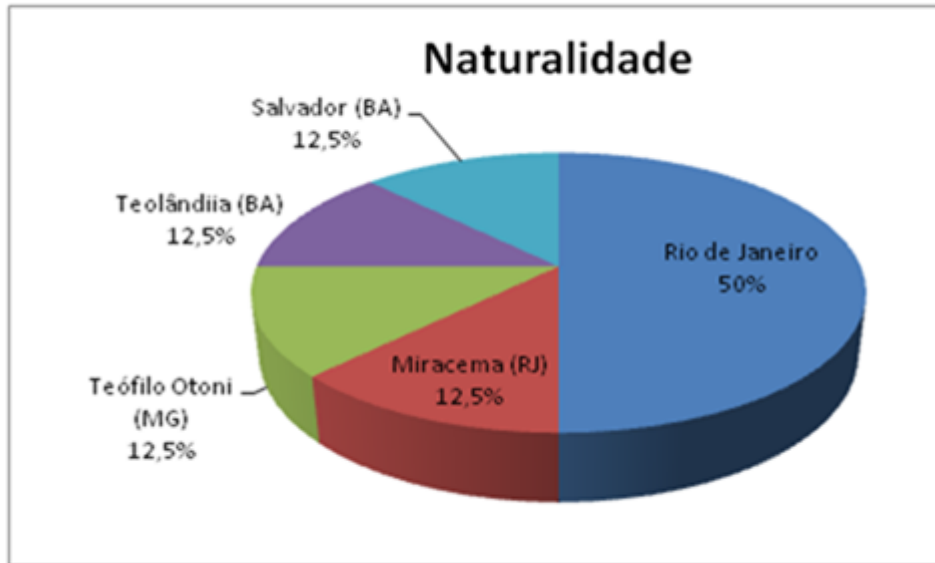
Fonte: Oliveira, 2017.

Gráfico III - cidade (residência)



Fonte: Oliveira, 2017.

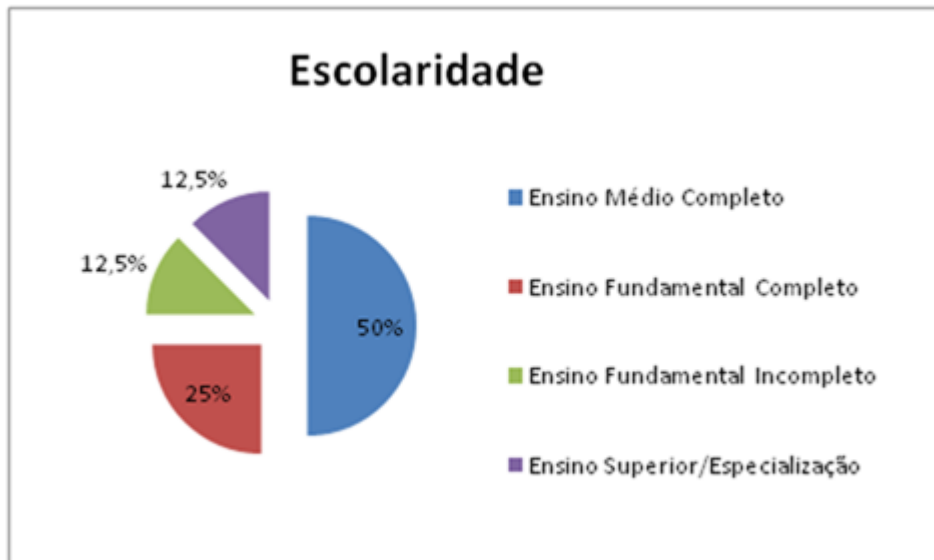
Gráfico IV - naturalidade



Fonte: Oliveira, 2017.

De acordo com o gráfico V, metade da amostra concluiu o ensino médio, 2 (25%) concluíram o ensino fundamental, 1 (12,5%) não chegou a concluir o ensino fundamental e 1 (12,5%) concluiu o ensino superior (enfermagem) e fez uma especialização na respectiva área.

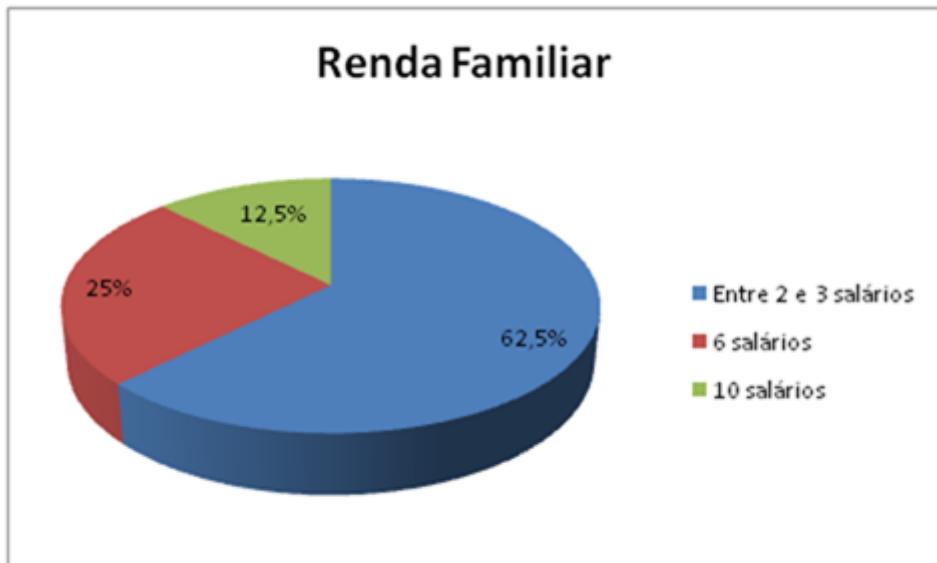
Gráfico V - escolaridade



Fonte: Oliveira, 2017.

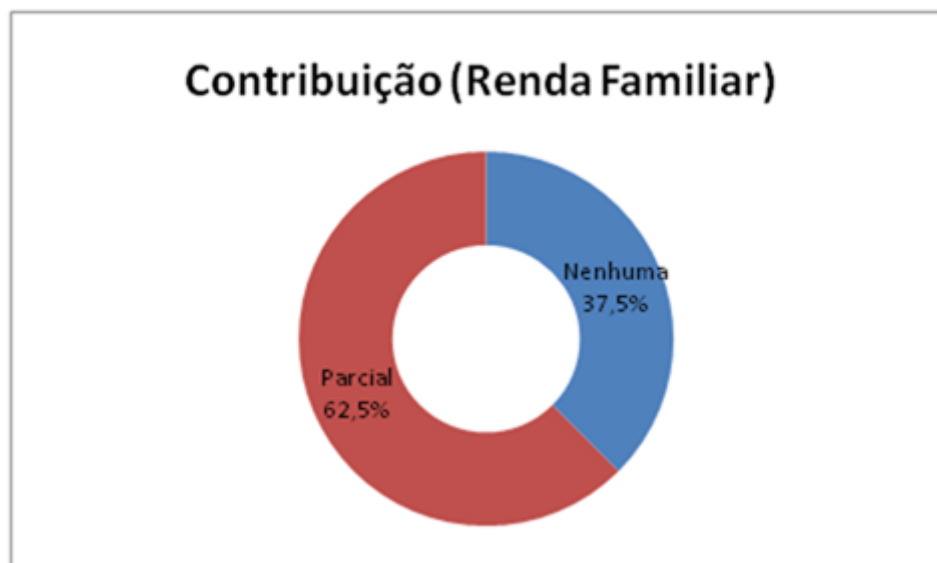
A renda familiar de 5 (50%) pacientes está situada entre 2 (dois) e 3 (três) salários mínimos, enquanto 2 (25%) possuem uma renda de 6 (seis) salários e 1 (12,5%) paciente possui uma renda de 10 (dez) salários mínimos. Grande parte da amostra, 5 (62,5%), contribui de maneira parcial com a renda familiar, enquanto 3 (37,5%) não contribuem.

Gráfico VI - renda familiar



Fonte: Oliveira, 2017.

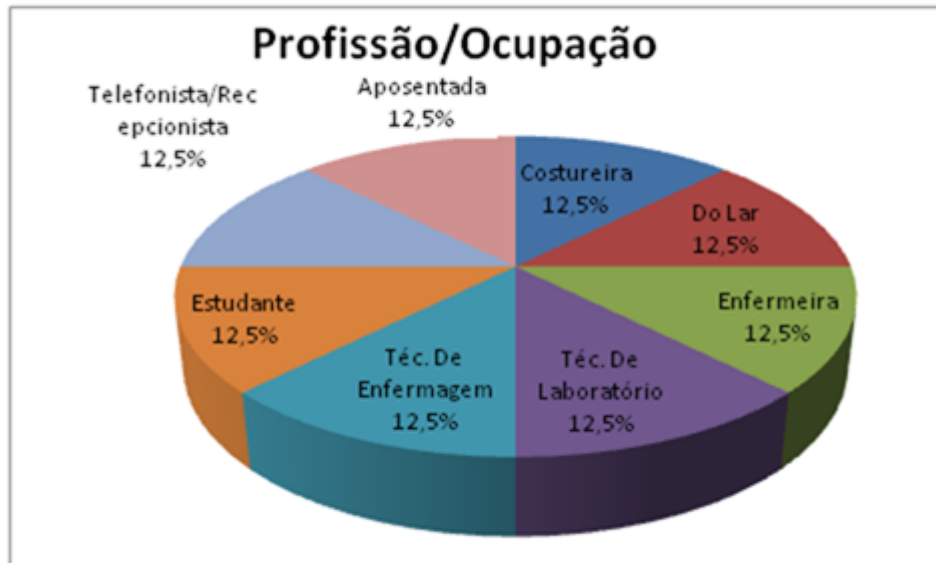
Gráfico VII - contribuição (renda familiar)



Fonte: Oliveira, 2017.

O gráfico VIII aborda as profissões ou ocupações das pacientes entrevistadas no estudo. Enquanto apenas 1 (12,5%) mulher declarou se ocupar apenas com as atividades do lar, 1 (12,5%) exerce a função de técnico de enfermagem, 1 (12,%) exerce a função de telefonista/recepcionista cobrindo férias apenas, 1 (12,5%) é estudante, 1 (12,%) é técnico de laboratório, 1 (12,5%) é enfermeira, 1 (12,5%) está aposentada e 1 (12,5%) apesar de estar aposentada por invalidez trabalha como costureira.

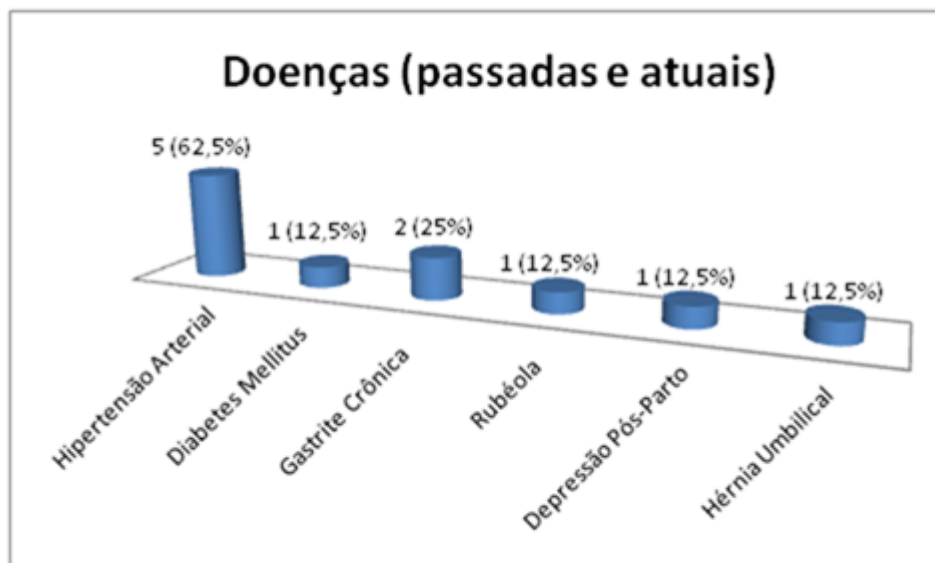
Gráfico VIII - profissão/ocupação



Fonte: Oliveira, 2017.

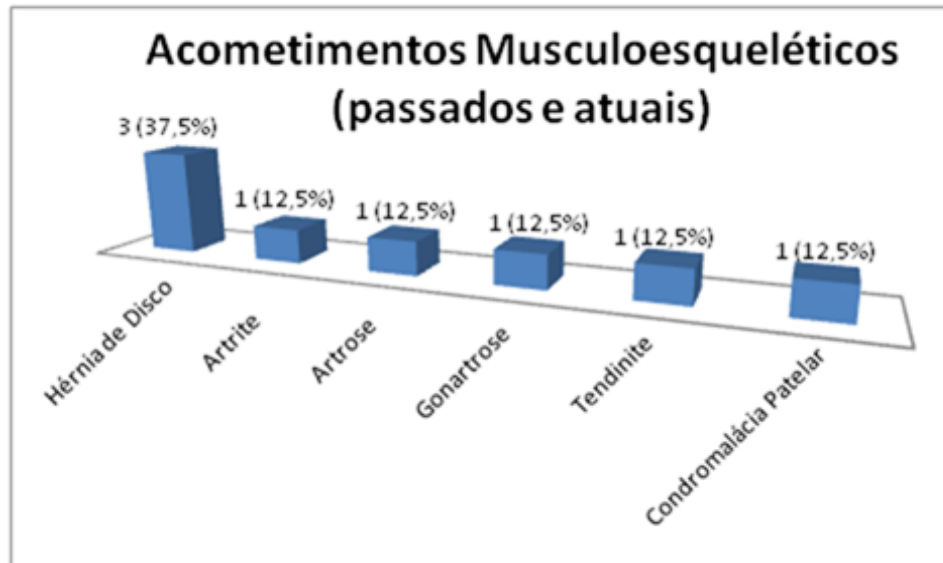
Em relação às doenças passadas ou atuais, 5 (62,5%) mulheres são hipertensas, 2 (25%) possuem gastrite crônica, 1 (12,5%) teve rubéola, 1 (12,5%) teve depressão pós-parto, 1 (12,5%) é diabética e 1 (12,5%) teve uma hérnia umbilical. De acordo com os acometimentos musculoesqueléticos, 3 (37,5%) já foram acometidas por hérnia de disco, 1 (12,5%) por artrite, 1 (12,5%) por artrose, 1 (12,5%) por tendinite, 1 (12,5%) por condromalácia patelar e 1 (12,5%) por gonartrose.

Gráfico IX - doenças (passadas e atuais)



Fonte: Oliveira, 2017.

Gráfico X - acometimentos musculoesqueléticos (passados e atuais)

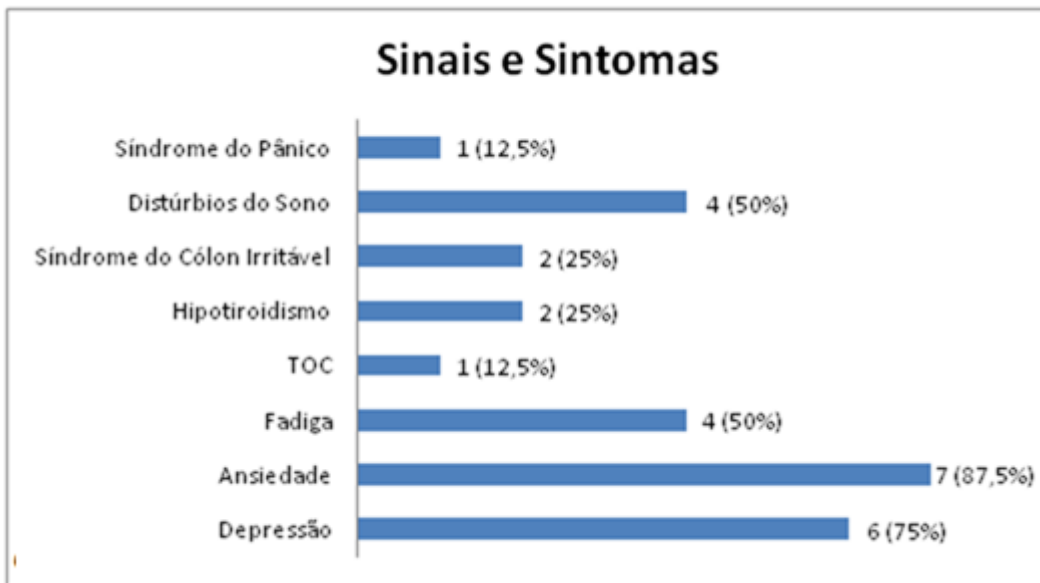


Fonte: Oliveira, 2017.

Os sinais e sintomas da fibromialgia estão abordados no gráfico XI. Quase todas as pacientes (87,5%) relataram transtorno de ansiedade, 6<sup>26</sup> (75%) relataram sintomas depressivos, 4 (50%) relataram distúrbios relacionados ao sono, 4 (50%) relataram fadiga, 2 (25%) têm síndrome do cólon irritável, 2 (25%) têm hipotireoidismo, 1 (12,%) tem transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e 1 (12,5%) teve síndrome do pânico. Em relação aos procedimentos cirúrgicos, 2 (25%) pacientes relataram ter operado o útero, 2 (25%) a vesícula, 2 (25%) a tireoide, 1 (12,5%) a as amígdalas, 1 (12,5%) relatou ter operado 5 (cinco) lipomas e 1 (12,5%) disse ter operado duas vezes a coluna.

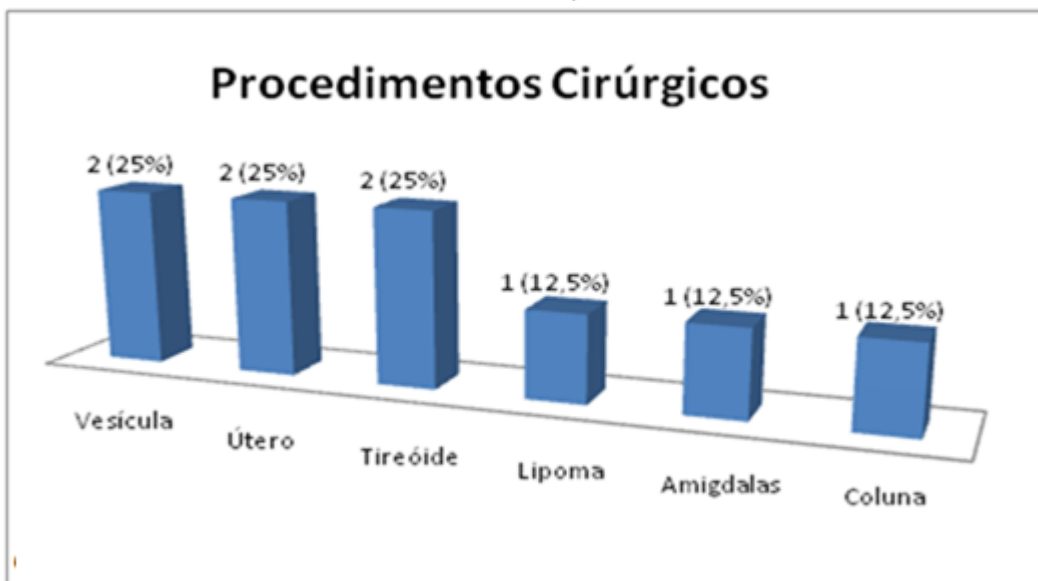
<sup>26</sup> Os relatos foram obtidos através das entrevistas e do questionário. Apenas 4 (50%) da amostra têm ou tiveram o diagnóstico de depressão.

Gráfico XI - sinais e sintomas



Fonte: Oliveira, 2017.

Gráfico XII - procedimentos cirúrgicos



Fonte: Oliveira, 2017.

#### 4.4 Entrevista aberta em profundidade

O modelo escolhido foi a entrevista aberta em profundidade, devido à quantidade de informações que o pesquisador consegue explorar. Por ser tratar de entrevistas abertas em

profundidade, as perguntas não são diretas e as mesmas são respondidas dentro de um conversa informal entre o pesquisador e o objeto de estudo (FRASER, GONDIM, 2004; BONI, QUARESMA, 2005).

No presente estudo, a observação não-sistemática foi utilizada com a finalidade de confirmar o dito. Como a própria literatura mostra, o processo observacional permite detectar informações sobre as quais os indivíduos não têm consciência, informações essas que as entrevistas não conseguem abarcar (MARCONI, LAKATOS, 2003).

A pesquisa é de natureza qualitativa, pois busca a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com o objeto de estudo, sendo a entrevista aberta em profundidade o meio de intervenção escolhido. Em geral, os pesquisadores procuram entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes do estudo, situando suas interpretações dos fenômenos estudados (NEVES, 1996).

De acordo com Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa visa focar, 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. Entretanto, os autores apontam que esta abordagem deve ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis expressos por suas complexidades.

Conforme abordado anteriormente, a fala é a matéria-prima da abordagem qualitativa, exercendo assim um papel fundamental na rápida transmissão de grandes quantidades de informação entre os diferentes elementos/membros de um grupo. Desse modo o social é um mundo de significados passível de investigação, pois a linguagem possibilita identificar os sentidos, significados e motivos (MINAYO, SANCHES, 1993).

Para Veiga e Gondim (2001), a entrevista é uma técnica através da qual o pesquisador se coloca diante do participante para quem faz perguntas com o objetivo de obter informações que contribuam para a investigação. É um diálogo assimétrico em que o investigador visa coletar dados e o objeto de estudo se apresenta como fonte de informação. Na concepção desses dois autores as entrevistas apresentam finalidades exploratórias, extraindo das pessoas o que elas sabem, creem, esperam, sentem e desejam.

Veiga e Gondim (2001) ainda explicitam sobre a versatilidade das entrevistas em profundidade, quando dizem que as mesmas podem ser utilizadas tanto com formadores de opinião quanto com pessoas comuns. Entretanto, afirma que ela tem um caráter subjetivo,

sendo importante respeitar a perspectiva da pessoa que está participando da entrevista. É uma ótima intervenção para quem pretende aproximar-se da realidade social.

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.

Boni e Quaresma (2005) ressaltam, em seus estudos, a importância da entrevista para as pesquisas nas Ciências Sociais. Destacam a capacidade das entrevistas de serem técnicas de coleta de dados que visam a captação de dados subjetivos. Na concepção desses autores a entrevista seria o momento três da coleta de dados em pesquisas qualitativas, sendo antecedida pela pesquisa bibliográfica e pela observação de campo.

A utilização desse terceiro momento, as entrevistas, na coleta de dados, justifica-se pela necessidade de conseguir informações ou dados que não seriam possíveis somente através da pesquisa bibliográfica e da observação. Diferentemente dos dados objetivos que podem ser obtidos através de estatísticas e censos, os dados subjetivos só poderão ser obtidos através das entrevistas (BONI, QUARESMA, 2004).

Para Boni e Quaresma (2004), a entrevista aberta constitui o grupo das entrevistas mais utilizadas nas Ciências Sociais. As outras entrevistas mais utilizadas são: entrevista estruturada, semiestruturada, com grupos focais, história de vida e a projetiva. Os autores atentam os pesquisadores para o momento de escolher o tipo de entrevista, pois a seleção da técnica de coleta de dados vai depender, em particular, do problema da pesquisa.

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. Interferências externas devem ser mínimas, o entrevistador precisa assumir uma postura de ouvinte apenas para não comprometer a qualidade e veracidade das informações. Salvo exceções, quando o término da entrevista pode ser precoce, por exemplo, o entrevistador pode interromper o entrevistado (BONI, QUARESMA, 2004).

Espera-se, através desse tipo de pesquisa, de acordo com Correia (2013), que o objeto de estudo assumira um estado que ultrapasse a visão de objeto preso à passividade e



reprodução não consciente de influências sociais, dando, assim, corpo às dimensões inerentes a um sujeito. Os sujeitos do estudo, por exemplo, são capazes de elaborar juízos de valor e percepções sobre o pesquisador.

Para Correia (2013), é necessário articular a produção discursiva dos sentidos com a compreensão dos contextos de interação, por se tratar de uma estratégia que lida com a interpretação. Na realidade, o autor orienta os pesquisadores para que os mesmos busquem rigores mais metodológicos em seus estudos. Este posicionamento destaca a importância da entrevista precedida por uma observação de campo.

Se por um lado, as entrevistas aplicadas sem a realização prévia de observação de campo deixam o pesquisador totalmente dependente do que foi dito pelo investigado, sem saber se aquilo é verdade ou não; por outro lado, a observação de campo sem a aplicação de entrevistas não permite captar o sentido por trás do comportamento. A ausência de um dos dois momentos pode comprometer o estudo, devido às ausências de uma sistematicidade necessária e comprovação real dos fatos (CORREIA, 2013).

Dissertando ainda sobre comportamento e os sentidos por trás do mesmo, Correia (2013) afirma que quanto mais prolongado for a relação do investigador com o seu objeto de estudo, mais possibilidades surgem para atingir um nível de confiança. Os comportamentos observados pelo pesquisador e as conversas construídas durante as entrevistas tendem a ficar mais naturalizadas, devido essa maior interação entre objeto de estudo e investigador.

Ainda em seu estudo, Correia (2013) apresenta algumas estratégias que resultam de uma experiência específica de investigação. O autor sintetizou três estratégias na aplicação de entrevistas em profundidade (transparência, hipóteses contrafactuais e avaliação contínua do jogo).

A transparência pode ser entendida como uma manobra para o investigador ganhar confiança perante o objeto de estudo. Uma alternativa para aproximá-los, facilitando o decorrer da entrevistas (CORREIA, 2013). Na presente pesquisa, o questionário sociodemográfico não foi aplicado apenas para caracterizar a amostra, pois serviu também para aproximar o pesquisador das alunas.

As hipóteses contrafactuais são estratégias que devem ser utilizadas pelos pesquisadores perante respostas como: “não sei”, “tenho dificuldade para responder isso” e etc. Essas hipóteses partem de uma premissa, condição contrafactual ou ponto de divergência para assegurar um conhecimento mais rigoroso das hipóteses que estão a ser testadas. Em

outras palavras, trata-se de um evento que não aconteceu ou poderia ter acontecido (CORREIA, 2013).

A avaliação contínua do jogo cria/formula exemplos a fim de facilitar a compreensão e a relação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Na realidade, ajuda a conhecer o contexto das interações (CORREIA, 2013). Neste estudo, o questionário sociodemográfico foi utilizado como avaliação contínua do jogo.

Silva et al. (2008) afirmam que quando os pesquisadores estabelecem contato com sujeitos que realizam certas práticas corporais, ele têm acesso aos significados atribuídos ao corpo e à tais práticas. Desse modo, obtém-se os porquês de determinadas ações, mas não no sentido utilitarista, mas como uma construção cultural e coletiva.

#### **4.5 Considerações acerca do método**

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, preocupada em compreender fenômenos sociais, através da fala e ação, relacionados com a atividade humana, é importante apresentar e discutir a abordagem social e empírica chamada de etnometodologia, bem como suas origens, elementos filosóficos, conceitos e métodos.

A etnometodologia, segundo Bispo e Godoy (2012) e Oliveira e Montenegro (2012), surgiu na década de 70, do século passado, como uma corrente da sociologia americana que buscava romper com a sociologia tradicional e seu modo de desenvolver pesquisas à luz dos paradigmas positivistas. A etnometodologia parte do princípio de que é importante compreender como organizamos nossa existência social, analisando as práticas ordinárias no aqui e agora, sempre localizadas nas interações sociais.

Estes dois estudiosos, Bispo e Godoy (2012), citam o sociólogo Harold Garfinkel como principal referência e iniciador do movimento etnometodológico. A sociologia não deveria ser entendida como uma ciência positivista em que os fatos são estabelecidos a priori por uma estrutura estável e independente da História e de maneira objetiva. Garfinkel queria a sociologia com outra postura, com uma postura interpretativa, valorizando a subjetividade. Desse modo, a sociologia considera os atos sociais como realização práticas que não são constituídos em objeto estável, mas sim como um resultado da atividade contínua dos

indivíduos que colocam em práticas o seu saber fazer, procedimentos e suas regras de conduta (COULON, 2005; BISPO, GODOY, 2012).

O termo refere-se à metodologia de todo dia, em que etno significa membro de um grupo ou do próprio grupo em si e metodologia se refere aos métodos dos membros (BISPO, GODOY, 2012). Assim, a etnometodologia está relacionada às efetivas práticas situadas em determinados contextos (PSATHAS, 2004; BISPO, GODOY, 2012). No presente estudo as práticas estão situadas em um determinado contexto, relacionando-se com essa abordagem social empírica.

Para Maynard e Clayman (1991), a etnometodologia tem como base as atividades práticas pelas quais os indivíduos produzem e reconhecem as situações em que estão inseridos devido aos sentidos que aquelas práticas realizadas têm para eles. Coulon (2005) parece corroborar com Maynard e Clayman (1991), ao destacar a etnometodologia como a busca empírica dos métodos empregados pelos sujeitos para dar sentido e realizar as ações do dia a dia.

Dentro desse contexto, Bispo e Godoy (2012) destacam a importância das atividades práticas para o campo da etnometodologia, buscando compreender a sociedade tendo como referência as práticas cotidianas de um determinado grupo. De certo modo, o posicionamento dos autores citados acima confirma a postura interpretativa e subjetiva da sociologia, não se relacionando com a ciência positivista. O saber não consegue ser construído fora do contexto do objeto de estudo, pois é na interação com o meio e na busca por compartilhar o sentido que o significado das práticas para a construção de uma interpretação coletiva da realidade se dá (BISPO, GODOY, 2012).

Algumas correntes teóricas, segundo Oliveira e Montenegro (2004), influenciaram a abordagem social empírica de Harold Garfinkel: a teoria de ação social de Talcott Parsons, a fenomenologia social de Alfred Schutz e o interacionismo simbólico da escola de Chicago. Apenas o Interacionismo Simbólico, de George Herbert Mead, será abordado no presente estudo.

O interacionismo simbólico também está amarrado na lógica mútua entre os planos objetivos e subjetivos. Esta corrente defende os indivíduos como atores na criação do mundo vivido, ressaltando um papel criativo na construção social da vida cotidiana, dando uma maior importância à questão dos símbolos e dos significados que os objetos sociais recebem no decorrer das interações entre os atores. Assim como a etnometodologia, essa corrente acredita

na reconstrução dos fatos, não se prendendo à lógica positivista (OLIVEIRA, MONTENEGRO, 2012).

Para Gesser (2003), o interacionismo simbólico representa uma nova possibilidade para a sociologia, ressaltando o uso de métodos qualitativos para pesquisa de campo, indo contra o pensamento de Durkheim. O conhecimento sociológico, seguindo a linha raciocínio dessa corrente, só pode ser obtido pelo pesquisador a partir da observação direta e imediata das interações entre os atores sociais, das ações práticas dos atores e o sentido que eles atribuem aos objetos, às situações, pois são nesses detalhes que o ator constrói seu mundo social.

Essa corrente realmente se mostra avessa aos princípios da corrente positivista, pois afirma que é impossível apreender o social através de princípios objetivos, que prezam a regularidade dos fatos, pois a subjetividade dos atores é importante e determinante das ações sociais. O interacionismo simbólico exige que os pesquisadores observem diretamente o cotidiano das relações estabelecidas pelos atores sociais, para que os mesmos consigam compreender os sentidos que os atores sociais dão a cada ato, no contexto em que se inserem (GESSER, 2003).

A literatura aponta cinco conceitos-chave para a investigação etnometodológica: Prática, indicialidade, reflexividade, accountability e membro (COULON, 2005; BISPO, GODOY, 2012; OLIVEIRA, MONTENEGRO, 2012). Bispo e Godoy (2012) afirmam que tais conceitos já haviam sido evidenciados pelo sociólogo Harold Garfinkel.

O conceito-chave prática, também conhecido como realização, aponta que a preocupação central da abordagem etnometodológica são as atividades práticas comuns da vida cotidiana. A etnometodologia vai partir do senso comum para analisar as crenças e os comportamentos dos membros de um grupo. Presume que a realidade social é construída pelos atores sociais que a integram, não se apropriando da hipótese de que os atores sociais sempre seguem regras. Na realidade, se preocupa em examinar os métodos que os atores usam para modificar, atualizar, adaptar tais regras, interpretando com constância a realidade social. O conceito prática objetiva examinar os métodos que os atores se apropriam para atribuir sentido a algo (COULON, 2005; BISPO, GODOY, 2012; OLIVEIRA, MONTENEGRO, 2012).

O conceito-chave indicialidade aponta que ao mesmo tempo em que uma determinada palavra tem um significado, esta mesma palavra possui significação distinta em situações particulares. Dessa forma, a literatura sugere que o pesquisador busque informações

adicionais além do simples entendimento genérico da palavra (COULON, 2005; BISPO, GODOY, 2012; OLIVEIRA, MONTENEGRO, 2012). Entende-se como um momento fundamental para as entrevistas e para a transcrição das mesmas.

O conceito-chave reflexividade relaciona-se aos efeitos das práticas de um grupo. Diz respeito ao processo de construção contínua de um grupo por meio de suas atividades práticas. Trata-se de um procedimento em que ocorre uma ação e, ao mesmo tempo, produz uma reação sobre os seus criadores. Os pesquisadores precisam ficar atentos, pois o conceito de reflexividade não pode ser confundido com o conceito de reflexão. A reflexividade designa as práticas que descrevem e constituem um quadro social, a partir do qual os atores sociais revelam os sentidos e significados dos seus atos (COULON, 2005; BISPO, GODOY, 2012; OLIVEIRA, MONTENEGRO, 2012).

O conceito-chave *accountability* diz respeito à uma condição reflexiva e racional. É a justificativa de um determinado grupo, ou determinados atores sociais para determinada atividade e conduta. O último conceito-chave, membro, induz uma condição de ser do e no grupo e não apenas estar. É o indivíduo que compartilha a linguagem do grupo, não sendo apenas a presença física do sujeito (COULON, 2005; BISPO, GODOY, 2012; OLIVEIRA, MONTENEGRO, 2012).

Para Bispo e Godoy (2012), esses conceitos-chave contribuem para que o investigador possa ir a campo com um pré-entendimento de que, para acessar o fenômeno desejado, é preciso estar inserido no cotidiano do grupo para que seja possível compreender o processo de construção das práticas, justamente com os seus significados.

#### **4.6 Análise de dador: análise da ordem do discurso**

A análise da ordem do discurso não pode fechar-se no interior do próprio discurso. O discurso não deve ser pensado como dimensão isolada, mas em suas relações com acontecimentos de ordem técnica, política, econômica e social (FOUCAULT, 2012). Segundo o autor, o que interessa à arqueologia do saber é estabelecer as condições de possibilidade dos discursos enquanto saberes e não suas condições de validade. Ou seja, para Foucault, devem-se considerar as emergências discursivas a partir de condições históricas associadas ao seu surgimento e legitimação.

A arqueologia do saber enfatiza as condições históricas de possibilidade, sendo o discurso essencialmente histórico e constituído por acontecimentos reais e sucessivos. Não se pretende encontrar neles uma lei oculta, uma origem recoberta que só faltaria libertar; não pretende-se tampouco estabelecer, por si mesmo e a partir de si mesmo, a teoria geral da qual eles seriam os modelos concretos (FOUCAULT, 2012).

A metodologia de análise dos dados escolhida foi a Análise da Ordem do Discurso. Em sua obra, “A Ordem do Discurso,” Foucault (2015) estabelece princípios metodológicos, através de quatro princípios de análise do discurso. Os quatro princípios são: inversão, descontinuidade, especificidade e exterioridade. As entrevistas foram analisadas, após o período de transcrição, à luz do princípio da exterioridade.

O princípio da exterioridade prega que é necessário fixar as fronteiras do discurso, primeiramente nele mesmo, restringindo a busca de um núcleo de verdades significativas. Passar às condições externas de possibilidade, após suas aparição e regularidade. Este princípio coloca o discurso frente as suas fronteiras externas e não ao seu centro (FOUCAULT, 2015).

Na realidade esse princípio está preocupado com as condições externas e não com o núcleo interior dos discursos. Analisar entrevistas à luz do princípio de exterioridade é levar em consideração os fatores externos que montam/constituem o discurso. O discurso captado através das entrevistas é montado a partir de condições exteriores, de externalidades. Pensar as condições de possibilidades e externalidades seria, por exemplo, pensar quem é aquele indivíduo que está sendo entrevistado. As condições externas influenciam a constituição do discurso.

O questionário sociodemográfico aplicado durante as entrevistas teve um papel fundamental em relação ao princípio da exterioridade, pois ele leva em consideração inúmeras informações (idade, sexo, cor de pele, filhos, estado civil, religião, bairro, cidade, escolaridade, profissão, nacionalidade, naturalidade, renda familiar, renda própria, contribuição na renda familiar e doenças passadas ou atuais) que dizem respeito às condições externas que influenciam a constituição do discurso.

Tabela 2 - Princípios metodológicos para a análise do discurso.

<b>PRINCÍPIOS DE ANÁLISE DO DISCURSO</b>	
<b>INVERSÃO</b>	O princípio prega que é necessário olhar a fonte dos discursos não apenas como algo positivo, mas também como participante direto de um jogo negativo. As fontes dos discursos devem ser reconhecidas e entendidas a partir da ótica de seus interesses, pois elas nunca são ingênuas. O pesquisador precisa olhar as fontes de maneira mais cuidadosa e responsável.
<b>DESCONTINUIDADE</b>	A leitura dos discursos pelas noções expostas e uma vez evidenciada a rarefação, percebe-se que não há um contínuo de verdades evolutivas nos discursos. Os discursos precisam ser tratados como práticas descontínuas que se cruzam, mas também se ignoram ou se excluem.
<b>ESPECIFICIDADE</b>	A especificidade de um discurso pronunciado por autores não torna os significados propostos verdades absolutas e universais. Em outras palavras, o discurso não pode ser transformado em um jogo de significações prévias.
<b>EXTERIORIDADE</b>	O princípio prega que é necessário fixar as fronteiras do discurso, primeiramente nele mesmo, restringindo a busca de um núcleo de verdades significativas. Este princípio coloca o discurso frente as suas fronteiras externas e não ao seu centro.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 5.1 Acolhimento e humanização nas práticas corporais

O PRACORSAU ao oferecer tratamento interdisciplinar para pacientes diagnosticados com fibromialgia vem se constituindo ao longo dos últimos dezesseis anos como importante local de atenção à saúde nos moldes da territorialização do SUS. Pessoas de diversos municípios do estado do RJ procuram o PRACORSAU. Assim, a ideia de territorialização do cuidado se efetua com uma população específica em um espaço definido com problemas de saúde próprios.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) define humanização como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde, caracterizando uma construção coletiva dos profissionais de saúde para acolher com qualidade o usuário. A humanização em saúde supõe que sejam ultrapassadas as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde e que uma visão interdisciplinar prevaleça com ênfase no cuidado. Humanizar é ofertar um atendimento de qualidade, articulando os avanços em tecnologia com o acolhimento dos usuários. Humanizar não é "tornar humano" na acepção metafísica, mas sim adotar condutas e atitudes diferenciadas que acolham as pessoas que estão sofrendo e procuram um serviço de saúde.

A Humanização é então uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde que investe na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e promovendo seu protagonismo. A solidariedade e os laços de cidadania são destacados, pois é uma estratégia que leva em consideração a especificidade e a história de vida de cada sujeito (BRASIL, 2004a).

Para Sena et al. (2015), o acolhimento é uma das vertentes mais visíveis da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua 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.



É possível identificar através da fala de algumas alunas que o PRACORSAU, por meio de suas atividades, acolhe e promove o vínculo entre as mulheres que integram as atividades. Os laços sociais são formados entre as alunas que frequentam o Programa de Práticas Corporais de Saúde. Quando questionada sobre o que mais gostou no Programa, uma das alunas respondeu:

*Além do exercício, a amizade, o carinho que todas têm uma pelas outras. As meninas do projeto também trabalham com muita atenção, carinho também, os meninos também trabalham assim (sic). (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

*(...) é uma união, o carinho que as estagiárias têm com a gente, partindo de todos vocês, a professora e tudo, quer dizer, é muito carinhoso, eu sinto orgulho de tá participando, e acho que por isso que estou botando foco, muita fé e coragem e tô sentindo melhora e noto que tenho que tá lá com o remedinho direitinho também. (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

As falas em destaque corroboram com o posicionamento de Gomes e Pinheiro (2005) a respeito do acolhimento. Os autores conceituam o acolhimento como relação humanizada que pode ocorrer entre os prestadores de serviço e os pacientes.

Alguns autores (MITRE et al., 2012; ROCHA, SPAGNUOLO, 2015) reconhecem o importante papel do acolhimento no cenário nacional, sendo uma estratégia que induz modificações organizacionais, melhorando o acesso, o trabalho em equipe e a relação entre o prestador de serviço e o usuário.

O princípio da exterioridade ressalta que de alguma forma esses discursos são construídos a partir de condições externas, a partir de histórias de vida caracterizadas por externalidades. Em algum momento, as perdas familiares e as experiências prévias e negativas com outros serviços públicos podem ter influenciado na constituição discursiva.

*(...) meu esposo faleceu de câncer no estômago, ai já fiquei sofrendo por isso e na luta com meus dois meninos. Ai quando fez 7 meses que meu marido morreu, o outrozinho morreu com 13 anos, agora ia ta*

*com 25, que morreu teve 7 meses depois foi dia 11/03, ai quando foi agora em abril passado fez 3 anos, vai fazer 4 anos em abril que vem que faleceu o outro, quer dizer, no mesmo mês vai fazer 32 anos.(60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

Em sua obra publicada em 2015, Mattos destaca a importância do acolhimento para pacientes com fibromialgia. Para o autor, é a partir do acolhimento, do vínculo e da atenção que os pacientes com fibromialgia conseguem encontrar pessoas que reconhecem o sofrimento causado pela síndrome. Uma das mulheres entrevistadas deixa isso muito claro a partir do seu discurso:

*Aqui todo mundo tem a mesma coisa, então todo mundo se entende! Os sintomas da gente vão se encaixando, ai quando a gente fala sobre isso com as pessoas que não tem fibromialgia, as pessoas ficam olhando com cara de deboche (sic). (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

O vínculo é a relação de cumplicidade entre usuários e profissionais de saúde, que se concretiza a partir do acolhimento, sendo o ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos (GIRÃO, FREITAS, 2016).

Mattos (2015) entende que os sintomas da fibromialgia, enquanto um discurso, formam uma linguagem social entre as mulheres. Essa mesma linguagem formada e compartilhada ao longo do tratamento com práticas corporais desencadeia o vínculo e o sentimento de pertencimento. Essa construção de uma identidade coletiva de grupo possibilita o paciente uma nova maneira de lidar com o sofrimento.

*Esse grupo, ele todo é importante, é um grupo que identifica, que identifica a gente, entendeu? É um grupo que fala a mesma linguagem (...)* (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)

*(...) esse grupo aqui é excelente. Esse grupo, nossa atividade física também é muito boa.*(57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)

*Ahh... totalmente diferente, pois você está lidando com pessoas que tem o mesmo problema que você, que entende o que você está falando. Quando você fala que não conseguiu fazer as tarefas de casa, aquela pessoa vai entender porque também acontece com ela. Por isso que a gente acha que encontra esse apoio aqui no grupo, a gente se sente mais (sic). (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

As práticas corporais de saúde possibilitam a criação e/ou ampliação do vínculo entre os sujeitos históricos e destes com os trabalhadores e serviços de saúde (CARVALHO, 2016). Para o autor os benefícios proporcionados pelas práticas corporais vão além da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, pois não estão atrelados apenas aos benefícios biológicos que de certa forma são hegemônicos.

De acordo com Carvalho e Luz (2009) as práticas de saúde podem funcionar como um campo de transformações diante de doenças crônicas, pois é um espaço de articulação de elementos simbólicos que possibilita a construção de possíveis sentidos e significados em saúde. As autoras citam os dois paradigmas que orientam as práticas: o paradigma clássico<sup>27</sup> e o da vitalidade<sup>28</sup>. Apesar de não haver fronteiras entre esses dois paradigmas, as alunas entrevistadas ressaltaram características do paradigma da vitalidade presente nas práticas corporais:

*(...) a professora, as estagiárias, os estagiários nos tratam com respeito e com carinho, respeitam nossos limites quando falamos que estamos com muitas dores, pois eles falam para gente sentar e relaxar; então há respeito, carinho, atenção. (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

*Quando você tem uma atenção, você tem até melhora. Atenção é tudo, e amor, né (sic)? (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

<sup>27</sup> Reproduz concepções hegemônicas dos saberes fragmentáveis e especializados das disciplinas que operam com a cisão natureza/cultura, objeto/sujeito e corpo/mente. Orienta a racionalidade médica na questão da normalidade/patologia (CARVALHO, LUZ, 2009).

<sup>28</sup> Opera nos campos da integralidade e vitalidade. Profissionais mais humanizados, voltados para o atendimento dos sujeitos. A saúde não é entendida apenas como a ausência de doenças (CARVALHO, LUZ, 2009).

Os autores Mitre, Andrade e Cotta (2013) evidenciaram, a partir de um estudo sobre o acolhimento nos Centros de Referências em Reabilitação da Rede do SUS, que o modelo biomédico quando presente nas concepções dos profissionais de saúde pode limitar a atuação dos mesmos no que diz respeito ao acolhimento, comprometendo a participação e autonomia dos usuários. Nesse modelo, a patologia que determinará a trajetória do usuário nos serviços de saúde, excluindo-o da construção do seu próprio projeto terapêutico. A diretriz do acolhimento atua em direção contrária ao modelo biomédico, inovando o debate em torno da clínica ampliada, pois reconhece o usuário enquanto sujeito da produção do cuidado, ressaltando os benefícios da interdisciplinaridade.

O discurso de grande parte das mulheres entrevistadas confirma o importante papel das práticas corporais no tratamento para pessoas com fibromialgia. Algumas alunas chegaram a relatar que foi a primeira vez que encontraram um grupo que fala a mesma “língua”, sendo a primeira vez que se identificaram com um grupo. No ambiente de trabalho e nas conversas com familiares esse vínculo não foi estabelecido:

*No trabalho isso não existia, esse tipo de relação mais próxima. Para falar de fibromialgia, é porque eu também sou assim, eu não gosto de pedir ajuda. Mesmo reclamo eu não gosto de falar com as pessoas, pois acaba sendo um falar sem retorno, né? (sic). (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

*Em casa eu sou a chata, a reclamo, aquela mãe chata, aquela mulher chata (...)(57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

A falta de compreensão tanto no lar, quanto nas atividades laborais, foram destacadas por essas mulheres. Não existe um diálogo, pois se consolida um falar sem retorno. As pessoas que convivem com essas mulheres de certa forma não compreendem os sintomas e muito menos o sofrimento que a fibromialgia causa na vida dos indivíduos acometidos. Todas essas experiências prévias negativas podem ter influenciado o discurso sobre as práticas corporais, principalmente no que se diz respeito ao acolhimento e ao vínculo.

*Eu me encontrei aqui, porque a gente fala e as pessoas não entendem, meu esposo mesmo, meu esposo não entende quando estou com dor.*

*Mas as meninas sentem e então a gente fala a mesma língua. Eu me encontrei aqui e gostei muito, eu gostei muito da oportunidade que eu tive aqui, da oportunidade de fazer parte desse grupo (sic). (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

*Agora, quando você conversa com outras pessoas, é lógico, elas tentam entender, até se esforçam para entender, mas não é a mesma coisa conversar com pessoas que têm problemas e pessoas que não têm (sic).(47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia) (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

O acolhimento deve existir em todas as relações de cuidado e na prática de receber e principalmente escutar pessoas. É uma ferramenta que possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; coordena os serviços; e vincula a efetivação de relações entre usuários e profissionais de saúde (LOPES et al., 2015).

*Eu acho muito bom, inclusive quando eu não venho eu sinto falta, tipo assim, eles nos acolhem né (...)(47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

*O acolhimento daqui é bem forte, porque a história de uma bate com a da outra, aí a gente vai se entendendo, pois é o lugar onde a gente consegue enxergar que tem outras pessoas que sentem as mesmas dores e os mesmos sintomas, porque lá fora, lá fora do grupo é difícil a pessoa entender (sic).(38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

Durante as entrevistas algumas pacientes relataram as experiências que tiveram em outros centros/programas terapêuticos. A prática de receber e principalmente de escutar pessoas foi exercida também por alguns profissionais da Policlínica Piquet Carneiro<sup>29</sup>:

*O diferencial dela é que ele te escuta, ela procura te ouvir, você fala o que sente e ela te dá uma atenção, ela presta atenção naquilo que*

---

<sup>29</sup> Endereço: Av. Mal. Rondon, 381 - São Francisco Xavier, Rio de Janeiro - RJ, 20950-003

*você está falando e procura te ajudar da melhor maneira possível. Tenta te ajudar com os remédios se você não estiver se sentindo bem (...)* (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)

Para as autoras Schmidt e Figueiredo (2009), o acolhimento é o primeiro contato com quem procura o serviço, a partir do qual será definida toda a sequência de atendimentos. É nesse momento que todos os recursos do serviço são colocados à prova: quem atende; o que pode oferecer; como pode acolher. Na realidade, o acolhimento é uma técnica que promove a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário.

Segundo Barbosa, Dimenstein e Leite (2014), os usuários de determinado serviço de saúde revelam suas particularidades no momento em que se sentem acolhidos. Acolher é encontrar outra forma de lidar com o singular. Quando os casos não são devidamente acolhidos, as situações diversas são mais difíceis de serem encaradas. O acolhimento possibilita a identificação das necessidades reais dos usuários (SILVA, ROMANO, 2015).

O Projeto vinculado ao PRACORSAU, Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia, exerce suas atividades bom base na interdisciplinaridade. Conforme abordado no capítulo IV (quatro) da presente dissertação, todas as alunas do Programa têm acesso à nutrição, psicologia e atividade física. Todas essas atividades foram enaltecidas positivamente pelas mulheres entrevistadas:

*(...) aqui me ensinou bem a me conhecer mais, não só na parte do exercício, mas também na alimentação, a menina que é a nutricionista daqui sempre tem umas dicas muito boas. Tem a parte da psicologia que tem uma professora muito boa também.* (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)

*(...) o exercício físico ajuda, a palestra com a psicóloga e a nutrição também ajudam muito. A nutrição ajuda muito porque ela dá uma base em relação às coisas que a gente tem que comer, a gente está em casa fazendo as coisas e não assimila (...)* (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)

Girão e Freitas (2016) também destacam a importância das atividades interdisciplinares para a produção do cuidado, construção do vínculo e promoção da saúde. A interdisciplinaridade pode possibilitar uma corresponsabilidade entre usuários e trabalhadores de saúde.

O princípio da exterioridade sustenta a ideia de que as externalidades e condições externas influenciam o “falar” dessas mulheres. Em inúmeros momentos as pacientes entrevistadas ressaltam o sentimento de pertencimento (acolhimento) e os laços sociais formados (vínculo) com as práticas corporais de saúde, entretanto as histórias de vida dessas mulheres mostram o inverso. Trata-se de pessoas que perderam entes queridos, pessoas que não são escutadas/ouvidas em casa e nem nas atividades laborais. As oito mulheres entrevistadas, em algum momento, declararam sentimentos de tristeza em relação às características sintomáticas e diagnósticas da fibromialgia.

## 5.2 Síndrome reumática ou síndrome da tristeza?

O que foi mais difícil para você, todas essas cirurgias ou a fibromialgia?

*A fibromialgia, porque na cirurgia tem o pré-operatório, a recuperação e depois você já está boa. Mas a fibromialgia não acaba nunca. Tem hora que dá vontade de largar tudo, deixar os remédios para lá, porque e não vejo uma coisa certa, eu não vejo uma melhora (...)* (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)

A aluna em questão passou por mais de 10 (dez) cirurgias no decorrer de sua vida. Foram 14 (quatorze) exatamente. O discurso deixa implícito que a síndrome de fibromialgia proporcionou um sofrimento maior do que todas as cirurgias juntas. Conforme apresentado no capítulo primeiro, a fibromialgia apresenta uma grande quantidade de sinais e sintomas, sendo confundida constantemente com distúrbios psicológicos e diagnósticos psiquiátricos, além de ter um diagnóstico demorado e complicado:

*Olha, eu acho que tenho fibromialgia há muitos anos, porque a dificuldade de ficar em pé, a dificuldade de relaxar foi muito grande durante esse tempo inteiro; e também não foi diagnosticada e não tinha a afirmação que você tinha fibromialgia. Se dava remédio para dor, se dava remédio para as articulações (...)(60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

*O médico passava muita fisioterapia, muito remédio para depressão, porque uma pessoa que reclama sempre de uma dor eles acham que você tá ficando.... né? Não é possível essa mulher, tá ficando neurótica, ela tá com algum problema (...)* (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)

Os relatos mostram algumas das situações constrangedoras que mulheres com fibromialgia podem experimentar na vida, principalmente nos momentos que antecedem o diagnóstico. Essas incertezas acerca da fibromialgia marcam a vida dessas mulheres, podendo influenciar o discurso das mesmas sobre outros acometimentos. A aluna preferiu as 14 (quatorze) operações, pois não foram caracterizadas por incertezas. O princípio da exterioridade defende exatamente isso: externalidades influenciando a construção do discurso.

De acordo com Juan (2007) e Peniche, Jouclas e Chaves (1999), o procedimento cirúrgico, enquanto evento novo e/ou desconhecido, gera nas pessoas sentimentos de ansiedade. O contexto cirúrgico é complexo, sendo um evento multideterminado, com diversas variáveis combinadas que interagem constantemente entre si. Para Juan (2007) o ato cirúrgico deve ser entendido como um fenômeno biopsicosociocultural, pois compreende uma gama de fatores.

As reações da pessoa diante do diagnóstico, a necessidade da cirurgia, o desenvolvimento da cirurgia e seus resultados e até mesmo a cultura em que o paciente está inserido pode interferir no processo como um todo (JUAN, 2007). Peniche, Jouclas e Chaves (1999) encontraram uma correlação significativa e positiva entre o traço e o estado de ansiedade no período pré-operatório. A esperança que as pessoas depositam na cirurgia, enquanto alternativa final para a cura, depois de cansarem dos tratamentos que foram submetidas anteriormente é um fator que merece destaque, se for levado em consideração o



posicionamento de Juan (2007). Atualmente a fibromialgia não tem cura, logo o procedimento cirúrgico não é enxergado como alternativa final.

Pacola et al., (2013) avaliaram as expectativas de pacientes que aguardavam tratamento cirúrgico da estenose do canal lombar. Dos 49 pacientes avaliados, 34,7% apresentaram sintomas de ansiedade enquanto 12,2% apresentaram sintomas depressivos. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes tinha uma esperança de melhorar com o procedimento cirúrgico. Mais da metade da amostra (46,9%) enxergou no tratamento cirúrgico uma possibilidade de melhora em relação às dores nos membros inferiores. Os autores concluíram que os pacientes apresentaram grandes expectativas diante de uma cirurgia.

Segundo Besset et al. (2010), a fibromialgia encontra-se na fronteira entre a reumatologia e a patologia psicossomática, acompanhada de sinais e sintomas, conduz a uma degradação da qualidade de vida no âmbito laboral, social e familiar.

*Eu não consigo, eu não consigo nem fazer as minhas tarefas. Esses problemas da fibromialgia deixam a gente muito limitada para certas coisas. Por exemplo, se eu varrer a casa toda eu não consigo passar o pano de chã, porque eu não aguento (...) eu faço as coisas enganando a dor com Dorflex (...) (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

*Mas o que me incomoda mesmo são as dores, eu chego em casa muito cansada, aí fico deitada, aí eu não faço mais nada porque eu não aguento, mas estou tomando todos os medicamentos (sic). (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

Sá et al. (2005) chamam atenção para os pacientes que modificam seus estilos de vida em detrimento da fibromialgia. A síndrome faz com muita das vezes o indivíduo suspenda ou modifique suas atividades laborais. Uma das alunas entrevistada deixa claro que ficou de licença médica, ausentando-se temporariamente do emprego, por causa das fortes dores:

*Em relação à própria dor, eu nem sabia direito o que eu tinha, mas eu sentia tanta dor no corpo que eu me ausentava; repouso, porque eu não sabia da onde vinha aquela dor; doía o corpo todo, doíam as pernas, doíam as mãos, doía a cabeça, doía tudo; então eu ia no meu médico e ele me dava alguns dias de licença. Eu ficava em repouso, depois voltava, e 3 meses depois eu já estava com as dores de novo. Eu tenho meu prontuário aqui na UERJ, então de 2009 até 2013 eu sofri bastante, ainda bem que agora em 2014 eu não peguei nenhuma licença (sic). (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

Conforme apresentado no primeiro capítulo da presente dissertação, a fibromialgia é uma síndrome que tem como sintoma principal a dor musculoesquelética crônica e difusa. Entretanto, está associada também a um conjunto de sinais e sintomas que podem comprometer a qualidade de vida dessas mulheres. Os relatos abaixo mostram alguns dos sinais e sintomas que afetam a vida social, familiar e até laboral dessas mulheres:

*A dor prejudica muito nas tarefas, nas tarefas de casa mesmo. Mesmo você não tendo um trabalho fora e só trabalhando em casa interfere bastante. Tem dia, por exemplo, que você não consegue tirar uma roupa do varal, você não consegue estender muito o braço, para pentear o cabelo dói muito, seus braços doem bastante porque você não consegue fazer suas tarefas com a facilidade que você normalmente teria. Então isso dificulta muito, pois você precisa da ajuda de outras pessoas, você ta sempre pedindo ajuda, antes você era acostumada a estar sempre fazendo as coisas de maneira independente e depois passa a depender das pessoas (sic). (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Além das fortes algias, a paciente deixou claro que pedir ajuda o tempo inteiro para as pessoas é um ponto negativo da fibromialgia. A paciente em questão relatou durante a entrevista que precisou se afastar emprego por causa das crises provocadas pelos sintomas da fibromialgia.

*Atualmente eu estou sem trabalhar, eu cobri férias assim, eu parei e desde o ano passado que eu decidi, tem mais ou menos dois anos que eu decidi parar, porque eu estava ficando muito estressada, muito ansiosa, eu tava passando muito mal, pois foi quando eu tive a crise né, que foi quando eu encontrei aqui esse programa aqui na UERJ (sic). (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

A incapacidade funcional causada pela fibromialgia, tanto nas atividades laborais quanto nas domiciliares, pode ter influenciado a constituição do discurso. Trata-se de uma aluna que tinha um emprego e que conseqüentemente colaborava com a renda familiar, mesmo que parcialmente. A independência que fazia parte da história de vida dessa mulher está presente no discurso.

Segundo Helfenstein Junior, Goldenfum e Siena (2012), quando a fadiga e a dor não respondem aos tratamentos propostos e atingem níveis significativos, o afastamento das atividades laborais por curto período de tempo pode ser uma realidade. O questionário sociodemográfico e as entrevistas mostram que pelos menos 6 (seis) mulheres já ficaram afastadas de suas atividades laborais por conta da dor e/ou por conta de outros sintomas da fibromialgia.

A relação entre adoecimento no trabalho e fibromialgia já está sendo estudada na literatura, mas ainda não está clara. Entende-se o trabalho enquanto um determinante social do processo saúde-doença que pode se apresentar como externalidade e influenciar o discurso das mulheres. Segundo Mattos (2015), o trabalho produtor de sofrimento não ficou restrito ao século XIX. O trabalho atual é marcado pela instabilidade dos contratos temporários, pela flexibilização e pela execução de projeto, em que cada indivíduo deve tornar-se responsável por sua empregabilidade, constituindo-se assim como fonte de opressão, exploração e exclusão.

De acordo com Mattos (2015), a intenção não é apontar o novo regime social do trabalho como uma das causalidades da síndrome. Entretanto, alguns estudos (ÁLVARES, LIMA, 2010; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2015) mostram uma íntima relação entre o novo regime social do trabalho e o sofrimento dessas mulheres.

A literatura aponta a depressão como um sintoma bastante presente em pacientes com fibromialgia (PROENZA et al., 2010; BRANDT et al., 2011; RAMIRO et al. 2013; MARTINEZ et al., 2013; GOTA et al., 2015). No presente estudo, 6 (75%) mulheres

relataram a presença de sintomas depressivos, entretanto metade da amostra (50%) tem ou teve o diagnóstico em algum momento da vida.

A Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial da Saúde, em sua décima revisão, apresenta os transtornos do humor, em suas linhas gerais. Os episódios depressivos são classificados de acordo com as regras descritas em F32 (Episódio depressivo). O episódio depressivo pode ser classificado quanto à intensidade: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos.

Uma das alunas entrevistadas afirmou não ter o diagnóstico de depressão, apesar de tomar antidepressivos (fluoxetina). Quando interrogada sobre um possível diagnóstico, a mesma respondeu o seguinte:

*Tem dia que estou... esses dias eu estava no ônibus, eu até pedi perdão a deus, mas eu falei: bem que eu podia morrer. Eu to cansada dessa vida, mas foi um momento, porque eu não quero morrer não. Se deus permitir eu quero ainda ver minha neta, mas esse pensamento veio de repente (sic).(53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

Durante a entrevista essa aluna relatou solidão, afirmando em inúmeros momentos que fica muito tempo em casa, que não passeia muito na rua. A paciente deixou claro também que não se sente à vontade em abrir determinados assuntos com a psicóloga, pois os encontros não são individuais:

*Não gostaria não. O grupo é bom, porque nós falamos a mesma língua, porque sentimos o mesmo sintoma, mas tem coisas que queremos falar sozinhas, mas ela disse que não tem espaço (sic).(53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

De alguma forma a solidão, o diálogo sem retorno e as incertezas sobre fibromialgia e depressão podem ter influenciado o discurso dessa mulher. Além do mais trata-se de uma mulher bastante incomodada com o fato de não estar trabalhando, pois em alguns momentos relatou sentir falta do antigo emprego e das amigas que construiu por lá. Atualmente ela é

estudante, pois o atual esposos, assim como o antigo, não a deixa trabalhar. Essas decepções, enquanto externalidades, podem estar por trás dos discursos pronunciados.

A contemporaneidade configura-se a partir de um ideal de cultura em que o individualismo, enquanto a exaltação do próprio eu, é ressaltado. Há um estímulo social para o fortalecimento do individualismo decorrente da crescente fragilidade dos vínculos sociais e afetivos, cada vez mais tratados como descartáveis. A idade contemporânea é marcada por formas de adoecimento que têm em comum os traços de desamparo. O pânico, a depressão, os distúrbios relacionados à alimentação como bulimia e anorexia, as psicossomatizações e as toxicomanias são os adoecimentos com maior incidência nos dias atuais (MACÊDO, 2012).

Para Macêdo (2012), o termo desamparo nos lança à condição de falta de auxílio e à experiência de estar fora de algum sistema de proteção. O desamparo inaugura a necessidade do outro, a partir do qual se funda a capacidade de desejar. A concepção do desamparo indica a base do desespero do homem, quando confrontado à precariedade de sua existência.. Cambui e Neme (2014) concluíram através de um conjunto de análises que o sofrimento do mundo contemporâneo é constituído por sensações de solidão, desamparo e vazio existencial.

Segundo Macêdo (2012), devido a esse contexto, há na clínica atual uma crescente busca por indivíduos queixosos. Tais inquietações estão associadas às experiências afetivas, à autoestima e às escolhas inerentes à fase que antecede a vida adulta. Essas vivências podem estar vinculadas à depressão, constituindo um risco importante. As queixas estão constantemente relacionadas às “patologias do vazio”.

Apesar da paciente em questão não ter relatado sofrer de enxaqueca, um estudo recente (LYU, 2015) concluiu que a fibromialgia está associada com um elevado risco de suicídio em pacientes com enxaqueca. A fibromialgia está associada a um aumento da taxa de mortalidade por suicídio (DREYER et al., 2010; WOLF et al., 2011). A depressão é um sintoma associado ao risco de suicídio (JIMENEZ-RODRIGUEZ et al., 2014).

Para Le Breton (2013) se a alegria ou o prazer marcam o cotidiano uma experiência familiar, a dor é vivida como estranheza absoluta que rompe o tecido dos hábitos que destilam no sujeito o gosto de viver. Quando o indivíduo está alimentado pela dor o desejo de morrer pode se tornar irresistível, podendo ser traduzido através do suicídio. A dor não só dificulta a relação com os próximos, como diminui ou elimina o gosto pela vida.

Outra aluna entrevistada também discursou sobre a depressão, afirmando estar com uma depressão bastante severa naquele momento:

*Agora eu to em uma depressão bem braba. Eu to assim, eu sou muito caseira, insatisfeita com a profissão, porque eu não gosto da profissão, né. Eu poderia ter feito uma coisa, porque eu sempre fui muito independente, e como enfermeira ser muito independente é difícil (sic). (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

A aluna em questão é a única com ensino superior e especialização, entretanto observa-se uma grande frustração em relação à enfermagem. Em alguns momentos da entrevista a paciente deixou claro que se tivesse a oportunidade teria se aposentado o mais rápido possível e que durante a graduação já tinha vontade de abandonar o curso, porém o marido não deixou:

*Se eu pudesse eu aposentava porque a profissão não me agrada em nada. Mesmo na época que eu estava fazendo a faculdade eu queria parar, eu queria fazer outra coisa, mas meu marido: “não, você vai terminar a enfermagem” (paciente reproduzindo a fala do marido) (sic). (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

As condições de possibilidade externas mostram uma mulher totalmente insatisfeita com a profissão que exerce. Durante a entrevista a paciente colocou a depressão na conta dessa insatisfação laboral, sendo um ponto importante que constitui o discurso da aluna sobre o assunto. A aluna quer ser independente, mas a profissão não possibilita isso.

As mulheres entrevistadas expuseram opiniões sobre a relação entre a fibromialgia e a depressão.

*Olha, isso é uma opinião minha, que acho que a fibromialgia, isso tem até na pesquisa que 50% das pessoas com fibromialgia são pessoas que têm essas características, é, isso tá escrito, tá na literatura (sic). (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

*Tem! Porque eu fico mais deprimida, desconstrada comigo mesmo quando a dor aperta. Então quando as dores eu fico mais deprimida.*

*Deprimida porque tem tratamento, medicação, mas a dor forte dá uma tristeza (sic).(38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

*Com certeza! Porque a própria fibromialgia quando você se sente incapaz, você automaticamente vai ficando triste e automaticamente vai chegando uma depressão (...) (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

*Acho que uma coisa leva a outra, acho que a dor é tão doida, porque ela te leva à depressão porque você está com dor. A dor vem de tal forma que você não quer fazer nada (...) (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

As alunas entrevistadas conseguiram enxergar uma relação entre fibromialgia e depressão, principalmente no que se diz respeito ao sintoma principal da síndrome que é a dor. Para Bair et al. (2003), a prevalência de dor é maior em indivíduos deprimidos e a depressão é mais prevalente em indivíduos com dor. A depressão pode exacerbar o quadro doloroso da fibromialgia.

Assim como no caso da depressão, as alunas entrevistadas (87,5%) também relataram a presença de transtornos de ansiedade. Quando questionada sobre a ansiedade, uma das alunas respondeu:

*SOU! Muito, muito, muito, muito ansiosa. Ontem mesmo eu já tinha separado tudinho, tudinho, porque sabia que hoje eu viria para a UERJ. Eu tenho que ver coisa para mim, para o meu marido, eu tenho uma irmã também que teve meningite quando era pequena, ela tem 60 anos e eu que tenho que ver médico para ela, eu fico muito sobrecarregada, fico também preocupada com a minha filha que mora lá em Jacarepaguá (...) (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

O discurso em questão mostra uma mulher muito sobrecarregada devido às tarefas domiciliares e familiares. Em diversos momentos da entrevista a aluna demonstrou

insatisfação com determinadas tarefas, pois não conseguia separar um tempo para si. Durante outro momento da entrevista afirmou que é nas atividades desenvolvidas pelo PRACORSAU que conseguia separar um tempo para si:

*(...) quando eu venho para cá, eu venho para fazer coisas só para mim, eu não faço coisas para o meu marido e nem para a minha irmã, eu venho só para mim, eu não fico vendo coisas para o meu marido e nem para a minha irmã. (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

Em *Microfísica do Poder*, Foucault (2014) pretende, em última análise, explicar o aparecimento dos saberes a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes. Os saberes são situados como peças de relações de poder. Durante a entrevista a paciente declarou que trabalhou muito durante 23 anos e 3 meses. Além dos transtornos de ansiedade que fazem parte da rotina, a aluna em questão declarou que se dedicou a profissão de costureira durante 23 anos e 3 meses. A paciente relatou que ficava o dia inteiro costurando. As condições de possibilidade externas mostram uma mulher que quase nunca teve um tempo reservado para os próprios afazeres e desejos.

De acordo com Mattos (2015), houve um novo ritmo e regime de trabalho com a crise estrutural do capitalismo. As formas mais estáveis de emprego, herdadas do fordismo, foram desmontadas e substituídas pelas formas flexibilizadas. O significativo avanço tecnológico poderia possibilitar uma redução da jornada de trabalho, porém o que ocorre é exatamente o inverso. Vale ressaltar a atual proposta da CNI (Confederação Nacional de Indústria) e da FIESP (Federação das Indústrias do Estado de São Paulo) de aumentar a jornada de trabalho de 44 horas para 80 horas por semana. Para Marx (2013), o capitalismo suga o trabalhador como um vampiro.

Segundo Kayhan et al. (2016), os transtornos de ansiedade são frequentemente observados em pacientes com fibromialgia do sexo feminino. No seu estudo, 46,9% das pacientes tinham algum transtorno de ansiedade. O estudo de Ramiro et al. (2013) constatou índices significativos de estresse (96%) e ansiedade traço (50%) em pacientes com fibromialgia. Devido às condições biológicas e os papéis culturais que a sociedade impôs historicamente, as mulheres estão mais suscetíveis ao estresse (CALAIS et al., 2003; SADIR, BIGNOTTO, LIPP, 2010).

As entrevistas mostraram que o estresse faz parte do dia a dia dessas mulheres:



*O meu marido até ajuda, mas quando eu peço as coisas para ele, ele nunca sabe onde tem que colocar as coisas, ele pergunta: “Onde coloco essa caneta? Onde coloco esse papel”; Isso já vai me irritando. Eu fico igual uma pólvora e isso não é de agora não (sic).(64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

*De vez em quando, quando eu fico nervosa, eu dou uns gritos lá com o meu esposo e depois eu peço desculpas, eu posso discutir com ele, mas ele não fala, ai eu fico falando sozinha (sic).(53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

*(...) mas ai quando eu voltava a trabalhar começava tudo novamente: estresse, mais trabalho, mais a casa. (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Os achados de Ramiro et al. (2013) mostram que a presença de estresse em 96% dos pacientes com fibromialgia foi dividida em fases: 4% dos pacientes encontraram-se na Fase de Alerta; 42% na Fase de Resistência; 37% na Fase Quase-Exaustão e 17% na Fase Exaustão. Os resultados mostram pacientes com fibromialgia em todas as fases do estresse. Para os autores, a concentração dos pacientes na Fase Quase-Exaustão evidencia sinais e sintomas prejudiciais ao bem-estar psicossocial. As reações emocionais podem favorecer a exacerbação dos sintomas físicos da síndrome.

As mulheres entrevistadas (50%) relataram a presença de distúrbios relacionados ao sono:

*Eu sempre dormi pouco, nunca dormi muito. Agora está até um pouco melhor, mas tem dia que não, mas tu deitava e parecia que um trem tinha passado por cima de você e quando você acordava a mesma coisa, parece que tem uma pessoa sentada em cima de você, é um peso, um peso, um peso (sic). (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

*(...) você acorda várias vezes na noite, você dorme 1 hora e acorda. Insônia terrível! Você pode contar no relógio, de hora em meia, de hora em meia você acorda, então você tem que tomar alguma coisa para dormir duas, três horas seguidas. Mas agora eu estou dormindo melhor, mas eu ficava um bagaço, aqui também me ajudou muito, esses alongamentos, as coisas que a professora ensina a gente fazer aqui, as coisas que a gente está fazendo. (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

*(...) quando as crises aparecem, elas veem muito forte e eu não consigo trabalhar, tomo os remédios, mas eu não consigo, tomo para dormir até porque eu não consigo dormir, muito dias sem dormir. Insônia, muitos dias sem dormir. (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Os relatos mostram que essas mulheres apresentam distúrbios relacionados ao sono, desde um sono não-reparador até uma possível insônia. Goés et al. (2009) objetivaram analisar o perfil clínico de pacientes com fibromialgia, principalmente no que se diz respeito ao sono não-reparador e comorbidades associadas. Os resultados apontaram que três em cada quatro mulheres com fibromialgia possuem um sono não reparador. Os autores identificaram também que a qualidade do sono prejudicada está associada a sintomas psíquicos.

Outra pesquisa que procurou correlacionar os distúrbios do sono e a fibromialgia foi o estudo de Ferro, Ide e Streit (2008). A presença de distúrbios relacionados ao sono foi detectada em 98% dos pacientes. Assim como no estudo de Goés et al. (2009), o distúrbio do sono também foi associado a sintomas psíquicos. Observou-se que a qualidade do sono afeta de maneira negativa a capacidade funcional dos pacientes com fibromialgia.

*No meu caso, depois que eu tive a fibromialgia é que eu não consigo mais dormir. Eu acordo com dores durante a noite, eu não tenho um sono tranquilo (...) (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

*Não, eu realmente não consigo dormir. Inclusive eu já tomo as medicações da psiquiatra, porque até então antes eu nem pensava,*

*.tipo aquela ignorância, porque remédio para dormir fica acostumado, fica dependente, então eu realmente tinha certa ignorância e tomava apenas as medicações para as dores. Eu só passei a tomar os medicamentos da psiquiatra de abril para cá, antes eu não tomava de jeito nenhum, porque eu vi que eu estava ficando confusa nos meus pensamentos, chorando por nada, ai apesar de não aceitar eu sabia que estava precisando desses medicamentos, ai que eu fui começar a tomar os remédios da psiquiatra (sic). (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

Outros sinais e sintomas também foram identificados através das entrevistas abertas em profundidade e do questionário sociodemográfico: fadiga (50%); síndrome do pânico (12,5%); síndrome do colón irritável (25%); hipotireoidismo (12,5%); TOC (12,5%).

Um dos tópicos que constituiu o roteiro das entrevistas foi o diagnóstico da fibromialgia. As pacientes relataram suas experiências e histórias de vida sobre o conturbado assunto que envolve a síndrome e o diagnóstico. Quando questionada sobre o diagnóstico, uma das pacientes respondeu o seguinte:

*Ele é muito complicado porque ele engloba muitas coisas. Então a fibromialgia engloba tanta coisa que fica difícil você dizer: não essa pessoa aqui tá com o sistema nervoso abalado, porque ela é sensível a dor (...) (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

*(...) até chegar o diagnóstico você sofre muito porque você não entende o que está acontecendo. (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

Segundo Le Breton (2013) não existe dor sem sofrimento, pois a mesma tem um significado afetivo que pode traduzir a inserção de um fenômeno fisiológico no cerne da consciência moral do sujeito. Para o autor a dor nunca é puramente fisiológica, a dor pertence à esfera do simbolismo.

É possível identificar a conturbada relação médico-paciente através da fala de uma das entrevistadas:

*Quinze anos atrás a minha mãe faleceu, eu tive uma depressão muito forte e depois dessa depressão desencadeou o problema dessas dores. Eu não sabia até então o que era, muitas dores e às vezes eu não conseguia nem andar, me impedia de andar, tentava subir a escada e não conseguia, ai foi quando eu procurei vários médicos. Nenhum me deu um diagnóstico, eu não sabia, eu fiz ressonância, fiz vários tipos de exames e não acusava nada, a ponto do médico falar: “você está com algum problema psicológico, é melhor procurar algum psiquiatra para você se tratar” (sic).(47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

A relação médico-paciente foi discutida no segundo capítulo da presente dissertação. Autores como Mattos (2015), Luz (2005) e Mattos e Luz (2012) deixam claro que o paciente precisa ser o objeto de estudo da relação médico-paciente, pois o sujeito deve ser o centro do paradigma médico. Entretanto a biomedicina centra suas atenções sobre a doença, objetivando e deteriorando o máximo essa relação.

O relato da paciente entrevistada mostra uma relação bastante conturbada com o seu médico, pois no momento em que o exame solicitado (ressonância) não mostrou alteração fisiológica objetiva relacionada à dor crônica o médico entendeu que a aluna em questão era paciente da psiquiatria. Mattos e Luz (2012) e El-Hage et al. (2006) reforçam essa crença, pois os autores deixam claro que quando diversos exames laboratoriais se mostram normais o quadro clínico torna-se incerto e o paciente é enviado ao psiquiatra.

Le Breton (2013) entende que a dor crônica é um dos problemas cruciais da medicina moderna. Segundo o autor o homem doente é negligenciado constantemente, pois a medicina sempre procura uma molécula milagrosa. A impotência dos médicos é marcada com o aparecimento das dores crônicas, pois os mesmos não conseguem compreendê-las ou tratá-las. A sagacidade dos médicos fracassa junto aos exames e procedimentos de imagens. Entretanto quando o médico para de procurar as causas orgânicas e se aceita tomar parte na troca, às vezes ele consegue chegar ao cerne do sofrimento.

Lima e Trad (2007) sustentam a ideia, com base em Foucault (2004), que o olhar médico mantém-se como o principal recurso para a visualização da dor. Quando isto é insuficiente para explicar a dor, o médico depara-se com a dúvida e surge a referência ao psicológico. Os autores citam alguns elementos que podem contribuir com a associação entre

dor crônica e aspectos psicológicos: traumas emocionais; dificuldade de relacionamento na família; relação médico-paciente dificultada. Na realidade, o paciente foge a um padrão de comportamento esperado.

Diante desse quadro, a resposta do paciente é a tristeza:

*Tristeza né, mais depressão, eu ficava mais depressiva ainda, poxa, se eu sinto uma coisa tão forte a ponto de eu não conseguir andar, as dores eram tão fortes que eu não conseguia subir as escadas, aí vou ao médico e faço vários exames e não tenho nada! Faz exame de sangue, faz raio-x, faz tudo a ponto de fazer tomografia e ressonância e não aparece nada! Então fiquei desesperada, comecei a ficar muito triste, chateada, porque poxa, não é possível que a minha mente possa produzir uma dor assim, então eu ficava muito triste e muito chateada com essa situação do médico não encontrar nada, é muito difícil, é difícil (sic).(47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Conforme apresentado no capítulo primeiro da presente dissertação o diagnóstico da fibromialgia é clínico, não existindo evidências fisiopatológicas para a etiologia das dores crônicas. O discurso da paciente com fibromialgia pode ter sido influenciado pelo fato de os principais exames laboratoriais (ressonância, tomografia, raio-x, exame de sangue) terem se mostrado normais diante de uma dor real e pelo fato da biomedicina se apoiar cada vez mais nesses exames na busca por um diagnóstico.

De acordo com Lima e Trad (2007), a dor não é um objeto de estudo valorizado no curso médico. Ela está muito associada à ideia de lesão e de proteção. A dor crônica é apresentada como uma alteração desse sistema de proteção, passando a ter um sentido ambíguo entre proteção e perversão. Os autores mostraram no estudo relatos de médicos sobre a dificuldade de lidar com um quadro invisível e que se apoia basicamente em queixas subjetivas: “você é completamente dependente de uma queixa subjetiva de um sujeito (...) não existe nenhum exame que me prove que dói tanto”.

A fala de uma das mulheres mostra essa realidade:

*(...) eu passei por vários médicos, então é muito simples para eles passar um remédio para dor. No meu caso, como eu tenho o problema*

*da discopatia, eles me passavam injeção por conta da discopatia e da artrose, porque isso aparece! Isso aparece! Mas eu já fiz do punho, porque meu punho incha, eu já fiz e não deu nada! Então o ortopedista passava remédio!(38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

A dificuldade da medicina apontada pelos autores Lima e Trad (2007) foi evidenciada através do relato de uma das mulheres entrevistadas. A dor causada pela discopatia é visível aos olhos do médico, porém a dor da fibromialgia não. A sensação de edema, um dos sintomas da síndrome, permaneceu invisível. Mais uma vez a insatisfação perante exames que não mostram a dor crônica pode ter constituído o discurso de uma paciente entrevistada.

Segundo Le Breton (2013), 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 existência do paciente transforma-se em uma busca desvairada de reconhecimento de uma dor que a medicina não descobre no plano anatomofisiológico.

Outra aluna contou sua história quando interrogada se ficou muito tempo com as dores crônicas até o diagnóstico:

*Sim, muito tempo, porque que ia, chegava lá e a doutora perguntava se eu tinha melhorado, eu respondia que não e a doutora não entendia porque eu estava sentindo dor. Ela passava um medicamento, mas as dores continuavam, ai ela me encaminhou aqui para o Hospital Universitário Pedro Ernesto. Ai o doutor do HUPE constatou a fibromialgia (sic) (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

Baszanger (1989) refletiu sobre a relação entre a dor crônica e trabalho médico em seu estudo. Segundo a autora existem alguns caminhos possíveis que precisam ser seguidos pelos médicos, para que os mesmo compreendam um pouco mais o processo da dor crônica. Em primeiro lugar o processo terapêutico precisa repensar a posição do doente, pois o mesmo deve participar ativamente do processo, o doente precisa ser gerente do seu próprio sofrimento.

A dor é o primeiro motivo para a consulta médica, sendo o sinal que não engana mais ninguém quanto à necessidade de um alívio. A primeira tarefa do médico é tratar as causas da dor, dar-lhe um sentido ante de reduzi-la ao silêncio. Não existe uma fórmula definitiva que abarque a relação íntima entre o homem e a sua dor, entretanto a dor remete a um sofrimento, significado e intensidade próprios de cada indivíduo (LE BRETON, 2013).

Entretanto esse processo terapêutico que visa empoderar o doente não condiz com o modelo da biomedicina. O médico ou clínico em questão precisaria abandonar o princípio biomédico, aproximando-se de um modelo interpretativo e hermenêutico (LUZ, 2005; LIMA, TRAD, 2007). A mesma aluna em questão não soube responder o porquê do não entendimento da médica:

*Não sei. Sei lá. Ela era tão séria, não sei. Ela perguntava se eu havia melhorado e eu respondia que não. Todas as vezes que eu ia lá na 13 de Maio eu falava. Ela me encaminhou lá para Clínica da Dor e depois nunca mais voltei nela (sic).*(53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)

A fala do paciente como verdade e como ponto de partida deve estar presente no cotidiano clínico, pois diante da invisibilidade do comportamento doloroso cabe ao médico crer no discurso do indivíduo. 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 (LIMA, TRAD, 2007).

A avaliação da dor baseia-se essencialmente nas declarações do paciente e na intuição do médico. 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. Não se prova a dor, sente-se (LE BRETON, 2013).

Segundo uma paciente entrevistada os médicos não estão preparados para receber pacientes com fibromialgia, pois os mesmos acham que os pacientes inventam as dores crônicas:

*Não, não estão não, eles não estão preparados. Eles acham que a gente inventa, eles acham que é problema de cabeça. Atualmente está até pior (...)*(64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)

*Eu não entendo, deve ser por causa das dores que a gente fica falando, a gente fala que as dores não deixam a gente fazer as coisas, o médico acha que a gente tá inventando e não é invenção (sic). (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

Sarudiansky (2016) procurou discutir como se difundem os saberes a respeito da fibromialgia na Argentina, a partir de uma análise temática dos artigos publicados sobre esta síndrome na mídia impressa. De acordo com os resultados encontrados pelo estudo, os pacientes com fibromialgia são taxados como “queixosos crônicos”.

De acordo com Le Breton (2013), quando a dor assinalada pela avaliação médica não fornece nenhuma prova além do que é sentido pelo indivíduo, este se expõe a não ser acreditado, podendo até ser acusado de simulação por um médico preso à visão organicista.

A paciente em questão já passou por mais de dez cirurgias no decorrer da vida e segundo a mesma a “invisibilidade” da fibromialgia é um fator preocupante, pois os medicamentos para a síndrome não são tão eficientes quanto os medicamentos para outras doenças. Em alguns momentos da entrevista, a paciente confessou que assim como os médicos também já duvidou das fortes algias:

*(...) gente, não é possível, tem hora que dá uma coisa estranha, será que estou sentindo aquilo mesmo? Tem hora que a gente fica se perguntando se estamos sentindo aquilo mesmo, será que é da mente? (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

A dúvida dos médicos relacionada às dores crônicas pode ser uma condição externa capaz de influenciar o discurso dessas mulheres sobre as suas próprias dores. De acordo com Foucault (2014) o saber tem a sua gênese nas relações de poder. O saber vai funcionar na sociedade quando estiver dotado de poder, ou seja, possuir o saber significa deter o poder.

Segundo Néspoli, Novaes e Rosa (2015), entre o final do século XVIII e início do XIX, houve uma transformação no registro de valores da sociedade evidenciado através do domínio do discurso médico no que diz respeito as práticas sociais. A partir desse fenômeno, nomeado medicalização, o discurso da medicina passou a ocupar um campo que antes era



dominado pelo discurso religioso. Esse fenômeno também foi mencionado por Foucault (2014) em uma de suas inúmeras obras, *Microfísica do Poder*.

A busca por uma luz no fim do túnel continua, segundo uma aluna entrevistada. A paciente também tem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, porém relatou não ter problemas com esta enfermidade:

*Era isso que eu queria. Eu queria enxergar se tivesse um medicamento ou alguma coisa. Na pressão alta você fica tomando o medicamento para o resto da sua vida, quando o medicamento para de fazer efeito, ele é trocado ou a dosagem é aumentada, mas você chega a ficar alegre, porque a minha pressão é sempre 120/80 (...)*  
(64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)

A paciente estabeleceu uma relação entre duas enfermidades crônicas, porém uma delas (hipertensão arterial sistêmica) é visível aos olhos da medicina, existe um número que diz respeito ao valor da pressão arterial. A aluna respondeu o seguinte quando questionada sobre as crises de pressão alta, estabelecendo mais uma vez uma relação com a fibromialgia:

*Ahhhh eles dão logo uma injeção que faz você ir no banheiro três vezes, eles colocam medicamento embaixo da sua língua, você consegue enxergar um medicamento para aquilo, um medicamento que vai resolver, com a pressão eu vivo muito bem! E com a glicose eu também vi um sucesso depois de 3 meses! Agora isso que você toma, toma remédio disso e toma remédio daquilo, ai troca aquele, troca o outro, e você não vê nada (sic)!*(64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)

A certeza do alívio relacionada à hipertensão arterial sistêmica está evidente no discurso da paciente. De alguma forma a solução próxima diante de um quadro hipertensivo pode ter constituído o discurso da entrevistada sobre uma das terapêuticas da fibromialgia. Segundo Le Breton (2013), mais que uma resposta terapêutica imediata que tem por objetivo o organismo, o médico deve saber indagar o significado da queixa. O sofrimento existe, pesa

sobre a vida sem que nenhuma lesão orgânica seja detectável por meio dos instrumentos de diagnóstico sofisticados da medicina moderna.

### 5.3 A esperança do serviço público gratuito e de qualidade

As pacientes com fibromialgia demandam resolutividade por parte dos sistemas de atendimento em saúde. As entrevistas mostram mulheres ativas que cobram uma capacidade resolutiva, de resolver ou finalizar um processo. Essas demandas podem ser entendidas como esperanças que as usuárias têm em relação ao sistema de saúde para que os seus problemas sejam solucionados. Uma das usuárias entrevistadas expôs a sua história de vida afirmando que os médicos de antigamente eram melhores, pois a capacidade resolutiva dos mesmos era melhor:

*Muito, muito melhores! Você ia ao médico e no mesmo instante o médico colocava na agenda dele o dia que você tinha que voltar, eles te davam o papel, você era atendido se voltasse lá, você não ficava nesse vai e vêm, vai para o UPA, vai para não sei aonde. Eu fui no Miguel Couto segunda e o rapaz só bateu o raio-x, depois me pediu a ressonância, mas aí eu perguntei se eu não podia fazer a ressonância lá, o médico respondeu que lá não tinha, mas eu duvidei disso, porque hoje em dia você tem que duvidar das coisas (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

A cobrança por um sistema de atendimento em saúde capaz de solucionar reivindicações está presente no discurso da paciente entrevistada. A Constituição Federal de 1988 pode ter funcionado como uma condição de possibilidade ao discurso em questão. Segundo o Artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Uma das alunas entrevistadas deixou claro que sempre dependeu do serviço público de saúde para se tratar, devido ao fato de não ter plano de saúde. Segundo a paciente, o serviço público já foi melhor em termos de atendimento e serviço especializado, ou seja, o serviço era capaz de solucionar as reivindicações:

*Muito melhor foi na fase que eu cuidava das crianças, naquela época que eles estavam pequenos a gente era bem atendido e tinha aquela parte de atender só as crianças pequenas, mesmo eles sendo especiais, eles eram bem novinhos, ai fazia aquela coisa e tal. Tinha uma assistente social que dava mais uma força e tal (sic). (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

Porém, a paciente deixou claro que não se sentiu satisfeita nas diversas vezes que precisou procurar o hospital público para se tratar. O atendimento no serviço público de saúde foi destacado:

*Ah, não foi bom não, eu não tive muito.....melhorava e daqui a pouco piorava tudo de novo, ai gastava um dinheirão (sic) (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

*Ah, no atendimento né. Conseguia, mas tinha vezes que o médico não ia, essas coisas assim. Às vezes aconteciam essas coisas. E até no pago hoje tá acontecendo. A pessoa quer marcar, ai marcam para longe para caramba, né (sic) (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

Martinez, Panossian e Gavioli (2006) procuraram estudar as diferenças significantes na apresentação clínica, intensidade de sintomas e tipo de tratamento entre pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público e privado de saúde. Observou-se uma associação entre o acesso ao serviço assistencial privado e menor idade de instalação da doença. Segundo os autores, isso pode ter ocorrido devido à facilidade de assistência médica mais precoce no grupo atendido pelo serviço privado.

Um dos problemas destacados pela paciente foi o fato dela não ter tido uma melhora significativa, pois tudo piorava novamente segundo ela. Uma das queixas dos pacientes com fibromialgia diz respeito à variação do quadro sintomático, pois os sinais e sintomas da síndrome podem ser modulados por situações extrínsecas e intrínsecas. Os sintomas da fibromialgia podem ter funcionado como condição externa de possibilidade ao discurso relacionado ao serviço público de saúde.

A partir da sua história de vida, uma pacientes afirmou que o serviço público de saúde não está preparado para receber pacientes com fibromialgia:

*Tá não, atendimento tá muito ruim, porque a fibromialgia só sabe o que é quem sente, porque você não consegue ver a fibromialgia, então é muito difícil (sic). (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

A opinião da aluna a respeito do serviço público de saúde está relacionada às características diagnósticas da fibromialgia, ponto bastante discutido no capítulo primeiro e na segunda parte da análise dos dados da presente dissertação. O discurso da paciente pode ter sido constituído devido ao fato de não existir uma alteração orgânica detectável que comprove aos dores constantes.

Moimaz et al. (2010) procuraram avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde pública municipal quanto aos serviços utilizados. Para os autores a percepção do usuário de saúde precisa ser destacada, pois pode ser o reflexo das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. A conclusão do estudo mostrou pacientes satisfeitos, apesar das inúmeras queixas relacionadas ao atendimento, acolhimento e humanização.

Apesar de possuir plano de saúde, uma paciente entrevistada afirmou ter medo de depender dos hospitais públicos para se tratar. As reclamações apresentadas pela paciente dizem respeito à humanização, ao acolhimento e ao atendimento, ou seja, condizem com as queixas apresentadas por Moimaz et al. (2010) na conclusão do estudo:

*Eu já tentei várias vezes uma vaga aqui para o HUPE, porque as meninas que trabalham aqui têm referência por médico, mas eu não consigo nem chegar perto porque eu não tenho a oportunidade de uma vaga, não consigo e também tenho uma preocupação com meu marido porque ele depende do meu plano de saúde. Quando eu acabar, quando eu me aposentar, vai ficar um buraco em relação ao tratamento. Se me perguntar o que eu tenho medo, eu respondo que meu medo é ficar um dia em um hospital público, ficar deitada naquelas macas lá sem atenção nenhuma, muito muito muito medo (sic). (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

Fadel e Regis Filho (2009) também procuraram investigar o ponto de vista dos pacientes sobre os serviços públicos de saúde. Os autores concluíram que os pacientes preocupam-se com a relação interpessoal, pois a prestação de serviço precisa estar apoiada nas relações de cuidado. Os pacientes demandam atenção por parte dos profissionais de saúde.

A saúde pública, de uma forma geral, também foi um tema retratado nas entrevistas. Na opinião de uma das alunas a saúde pública não existe no Brasil, pois o que se pensa na teoria não é aplicado na prática:

*É. Mas isso tudo é política, não dá nem para falar. Saúde pública não existe no Brasil (sic). (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

*Como enfermeira né, por exemplo, eu trabalho muito com prevenção, eu faço a prevenção em casa, eu estudei, então eu acho que aquilo ali é a teoria se colocando na prática. Eu trabalhei em centro de saúde, os pacientes só veem, só acreditam naquilo que o médico fala, o que o enfermeiro fala..... eles querem uma consulta médica, às vezes tem sanitaria, mas são poucos, então não existe essa prevenção que a gente estuda (...) (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

Dentre as mulheres entrevistadas, a paciente em questão é a única com Ensino Superior completo e Especialização. O discurso emitido sobre a saúde pública está relacionado com as vivências teóricas e práticas da entrevistada. O princípio da exterioridade prega exatamente isso, pensar quem é aquele indivíduo que está sendo entrevistado através das condições de possibilidades e externalidades. A formação em Enfermagem pode ter funcionado com uma condição externa que influenciou a constituição do discurso.

Apesar das inúmeras queixas e reclamações direcionadas aos serviços públicos de saúde, as entrevistas mostram que grande parte das pacientes entrevistadas encontrou no PRACORSAU um serviço público gratuito e de qualidade, um serviço capaz de resolver as demandas.

Para uma das mulheres entrevistadas, achar um serviço público de saúde que tratasse a fibromialgia não foi fácil. A paciente relatou que quando perdeu o emprego não tinha mais condições de se tratar no serviço privado de saúde. Entretanto, a opinião da paciente sobre o serviço público de saúde mudou para melhor após conhecer o Programa Práticas Corporais de Saúde por intermédio da Policlínica Piquet Carneiro:

*Sim, com certeza. Mas acho que falta um pouco de informação também, pois como você disse o Projeto existe desde 2000. É uma falta de informação, pois eu não sabia, eu não conhecia e os lugares que eu ia ninguém conhecia também, ninguém sabia me informar, aí era só no setor privado mesmo, mas eu fiquei muito satisfeito com isso aqui e sempre quando vejo alguém com esse problema eu indico para cá, já indiquei para várias pessoas e sempre falo que a UERJ é ótima (sic) (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Segundo a aluna, os médicos da rede pública se recusavam a tratar pessoas com fibromialgia, pois os mesmos não conheciam a síndrome:

*(...) tive muita dificuldade para encontrar na rede pública médicos que tratassem da fibromialgia, porque até então eles se recusavam porque eles alegavam que não conheciam essa doença, não sabiam o que era (...)* (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)

Conforme abordado anteriormente na introdução da presente dissertação, atualmente existe um Projeto de Lei (6858/13) que obriga o Sistema Único de Saúde a oferecer tratamento para pessoas com a síndrome de fibromialgia. Entretanto, o Projeto está aguardando designação de Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

Outra paciente entrevistada discursou sobre o serviço público, porém de uma forma geral. Logo no início da entrevista afirmou que o transporte público era um ponto negativo, pois além morar muito longe do seu destino final, os ônibus sempre estavam cheios. Quando a mesma foi encaminhada ao Programa que trata pessoas com fibromialgia, por intermédio do Hospital Universitário Pedro Ernesto e da Policlínica Piquet Carneiro, a vida mudou para melhor. Além de receber tratamento para a síndrome em três lugares que prestam serviços públicos de saúde, foi na UERJ que a paciente conseguiu ter acesso ao transporte oferecido pela prefeitura. O Estado, enquanto responsável por institucionalizar políticas sociais, passou a ser muito importante:

*É um ponto ruim. Só que eu consegui um transporte a partir de um papel daqui, que a professora da Uerj me deu, então eu venho com o transporte da prefeitura, então nesse ponto eu não posso nem reclamar (sic).* (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)

*Ajudou! Me ajudou, porque eu venho praticamente três vezes por semana: Duas vezes aqui na UERJ, uma lá no HUPE e às vezes ainda vou no Piquet Carneiro; então olha o dinheiro de passagem que eu ia gastar (...)* (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)

Segundo Hofling (2001), as políticas públicas podem ser entendidas como o “Estado em ação”. É um projeto de governo implementado pelo Estado, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. As políticas públicas são compreendidas como as de responsabilidade do Estado; quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. As políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais.

As políticas sociais são as ações implementadas pelo Estado que podem garantir a proteção social. Elas objetivam a redistribuição dos benefícios sociais, procurando diminuir as desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais podem ter como alvo a educação, a saúde, a previdência, a habitação ou o saneamento (HOFLING, 2001).

O discurso emitido pela paciente pode ter sido constituído pela sua história de vida, pois trata-se de uma mulher que nunca teve acesso ao serviço privado de saúde. Apesar de ter criticado um ponto específico do serviço público, o transporte público, a paciente em questão é bastante dependente de um Estado provedor de políticas sociais.

Um das pacientes entrevistadas relatou nunca ter feito exercícios físicos na vida e em dado momento da entrevista afirmou que o exercício praticado no PRACORSAU é um ponto muito importante para tratamento, devendo estar aliado ao tratamento medicamentoso:

*(...) Eu nunca tinha feito exercícios e essas coisas juntas não, nunca tinha não. (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

*O exercício é melhor, é o que eu to sentindo melhor. O exercício tem que estar junto com o remédio. Então quando eu estava tomando o fluoxetina, mas não tava fazendo exercício e então não tava havendo tanto resultado. Depois que juntou o remédio com o exercício eu melhorei demais, muito mesmo! Me sentindo muito bem mesmo (sic)! (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

Conforme abordado no capítulo primeiro da presente dissertação, o tratamento da fibromialgia precisa envolver uma abordagem interdisciplinar ou multidisciplinar capaz de incluir diversas terapias ao tratamento, não se limitando apenas ao tratamento medicamentoso (HEYMANN et al., 2010a). O autor afirma que os próprios pacientes com fibromialgia procuram este tipo de intervenção.

*Eu gosto. Tem a caminhada, o alongamento. Eu também gosto da “academia” também, os pesinhos que eu faço na academia também. Eu tô botando foco nisso que com fé, junto como os remédios direitinho, vai dar tudo certo (...) (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

Segundo Valim (2010), a intervenção com exercício físico supervisionado deve fazer parte do tratamento interdisciplinar, pois é a intervenção com maior nível de evidências científicas. Para Saral et al., (2016), o tratamento interdisciplinar, constituído por exercício

físico, é importante, pois atende as necessidade de mulheres com fibromialgia no que diz respeito aos sintomas, função física e estado de saúde.

As informações que são passadas pelos profissionais do projeto (“o exercício tem que estar junto com o remédio”) aos alunos podem ter funcionado como condição de possibilidade externa ao discurso. Trata-se de uma aluna que não tem acesso ao serviço privado de saúde e que nunca teve a possibilidade de praticar exercícios físicos.

A interdisciplinaridade foi citada mais uma vez por uma paciente, quando interrogada sobre o que o Projeto “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia” oferece em termos de atividade:

*O grupo começou com a informação sobre o que é fibromialgia, veio uma reumatologista (...) teve a psicóloga, tem a professora que dá atividade física, tem a nutricionista, mas eu não trabalho com a nutricionista daqui não, eu trabalho com uma fora (...). Ai no grupo teve essas informações em primeiro momento, né. Agora a gente ta na segunda fase, transição, que a gente conversa, tem a psicóloga. Assim, o grupo é muito bom, muito! O GRUPO VEIO ME AJUDAR DEMAIS. (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

Apesar da paciente em questão ser atendida por uma nutricionista externa, é valido ressaltar que o Projeto oferece orientação nutricional, além de exercício físico supervisionado e apoio psicológico. No caso dos pacientes que frequentam o segundo estágio do projeto, o grupo de transição, o apoio psicológico ocorre através de um grupo terapêutico da psicologia.

As entrevistas abertas em profundidade captam uma grande quantidade de informações, devido ao fato de não existir um roteiro restrito à perguntas preestabelecidas. Entretanto, durante as entrevistas todas as pacientes foram interrogadas sobre as atividades que praticam e sobre os pontos positivos do projeto.

*Atividades, eu gosto. Eu amo fazer atividades, gosto muito. Na hora então da caminhada é maravilhoso. A gente se distrai também na hora da dança, é muito engraçado porque ninguém sabe dançar, mas todo mundo se esforça (risos) e elas têm boa vontade, são muito bem-humorada. As meninas são maravilhosas, eles também, eu não tenho o que falar (sic). (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*



*Para começo, a professora e os estagiários são ótimos, eles ajudam bastante, porque o exercício para pessoas que têm dor é complicado, a gente não faz, e eu falo “a gente” porque eu sei que as outras também não fazem porque a dor é muito forte. Mas aqui não, aqui no grupo como elas descontraem, vai tudo na brincadeira, elas sabem que estamos com dor, mas como vai tudo na brincadeira a gente acaba entrando naquele ritmo e fica tudo muito bom. A gente faz uma atividade e não sai com aquela dor, por causa desse clima que elas dão para a gente (sic). (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

*A gente está em um grupo, um grupo em que todas as meninas estão na mesma situação, somos iguais, acho que é mais direcionado, acho que é mais brincadeira, acho que não é uma coisa tão séria, é uma coisa séria, mas deixa você à vontade, porque você chega com 65 anos fazendo dancinha, fazendo isso, andando e me esticando, em outro lugar jamais. A professora daqui deixa a gente muito à vontade se você tá errando ou acertando, porque não existe uma cobrança se você não sabe fazer, é diferente, então você começa a fazer e ver assim: “ninguém ta rindo de mim, ninguém ta vendo se eu faço certo ou faço errado, porque você chega em uma certa idade cheia de dor, então você não pode ser tão bonitinha, então eu acho que o diferencial é esse de não ter uma cobrança exagerada, mas existe uma cobrança para a sua melhora mesmo, aquela cobrança mais direcionada, tem uma direção (sic). (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

As falas em destaque mostram mulheres satisfeitas com os exercícios físicos oferecidos pelo Projeto. As pacientes fizeram questão de destacar o modo como os exercícios são conduzidos, pois segundo elas não existe uma cobrança exagerada por resultados, os sintomas da fibromialgia são respeitados e as atividades ocorrem como se fossem brincadeiras. Em nenhum momento o termo exercícios físico agregou imperativos morais, éticos e estéticos.

Segundo as alunas a ausência de uma cobrança excessiva é um dos pontos fundamentais, as atividades precisam ser conduzidas de uma maneira mais lúdica. Para Le Breton (2013), a dor é uma experiência forçada e violenta dos limites da condição humana que inaugura um modo de vida, um aprisionamento em si que quase não dá descanso. A dor crônica da fibromialgia pode ter funcionado como uma condição externa ao discurso, pois tudo o que essas mulheres querem vivenciar através das atividades é um sentimento de descontração, de alívio, de acolhimento.

Alves e Carvalho (2010) atentam para o termo “atividade física produz saúde”, pois pode sustentar uma aproximação ao padrão de beleza. Para os autores o profissional da Educação Física é contaminado por este discurso ideológico, reproduzindo-o em sua

intervenção. O Educador Físico passa a ser agente ativo de uma ideologia do ser saudável, passando por cima da diversidade dos corpos, em função da reprodução de uma lógica excludente, que dita padrões estéticos de beleza e saúde.

No final do artigo os autores, Alves e Carvalho (2010), discutiram sobre os problemas de adesão dos sujeitos às atividades físicas. Algumas hipóteses foram levantadas: talvez seja difícil enfrentar a demanda do esforço necessário à prática; talvez o esforço remeta á realidade sofrida e; talvez seja mais fácil olhar para o padrão idealizado que direciona os rumos dos cuidados para um exterior do sujeito, que nada diz sobre ele.

O importante é olhar para a prática do encontro que o exercício físico, enquanto prática corporal de saúde, pode favorecer tanto no âmbito da pessoalidade (o corpo enquanto condição da existência, relação consigo mesmo), quanto no âmbito das relações (laços sociais, relação com o outro) (ALVES, CARVALHO, 2010). Os exercícios físicos promovidos pelo PRACORSAU encaixam-se nessa realidade, segundo o discurso das mulheres entrevistadas, podendo ser entendidos como práticas corporais de saúde. A palavra “grupo” e os verbos empregados na primeira pessoa do plural reforçam esta premissa.

Uma paciente afirmou que os exercícios promoveram uma relação consigo mesmo, fazendo com que ela se conhecesse melhor. Segundo Carvalho (2006), as práticas corporais de saúde remetem à descoberta e à consciência do corpo.

*Com certeza, com certeza, até porque eu vejo com as outras meninas ai também falando que você aprende, quer dizer, me alongo aqui, depois me alongo em casa, eu faço meus alongamentos em casa porque eu não sabia fazer, qualquer coisa que eu faço aqui que eu lembro eu tento fazer em casa, voltei a caminhar apesar de não estar fazendo frequentemente, mas domingo eu fiz, fui eu e meu esposo, ele ta gordo, eu caminho com ele. Aqui me ensinou bem a me conhecer mais, não só na parte do exercício, mas também na alimentação, a menina que é a nutricionista daqui sempre tem umas dicas muito boas, tem a parte da psicologia que tem uma professora muito boa também (sic). (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

Os exercícios físicos promovidos pelo PRACORSAU foram escolhidos como um dos melhores pontos do tratamento interdisciplinar para pacientes com fibromialgia, junto com a nutrição e psicologia. As pacientes procuraram destacar a forma como os exercícios foram conduzidos e os traços de afetividade:

*O terceiro pontos são as atividades como eu falei. Em geral eu me travo toda, mas aqui eu me sinto acolhida e consigo fazer, mesmo com dor a gente faz! Então eu acredito que seja o clima (sic). (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

*1)os exercícios que a gente faz, acho que ajuda muito.2) a terapia com a psicóloga 3) e o dia a dia com a professora e com a meninas, elas sempre estão dispostas a nos ajudar. O carinho e o respeito da equipe e da professora e de vocês todos que trabalham com ela (sic). (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

*Eu gostei muito da psicologia, a psicologia realmente me ajudou muito no início e eu gosto muito também do exercício, além das meninas que são muito boas, gosto muito da professora, mas esse modelo de exercício, essa maneira de você poder fazer, coisa que jamais a gente iria fazer em outro lugar, como é que eu ando, até a dança foi boa, então eu listaria isso exatamente: a psicologia muito boa; o exercício bom e; não posso deixar a nutricionista de fora, ela nos ensinou a se alimentar, que a alimentação parece que não, mas ela deu uma, deu uma, deu uma modificada, modifiquei muito a minha maneira de me alimentar, eu passei a ler rótulos. Acho que esses são os três pontos mais importantes, os exercícios como primeiros, como prioridades, em segundo lugar a psicologia e em terceiro a nutrição (sic). (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

Fragoso e Negrine (1997) discutiram algumas questões relacionadas à Educação Física e ao movimento humano. Segundo os autores, inúmeras vezes a afetividade, a emoção e o sentimento não são objetos de estudo da Educação Física, devido ao fato do movimento humano se limitar a uma linguagem técnica, apresentando o corpo de uma maneira fragmentada.

Existem inúmeras motivações que levam as pessoas a se identificarem com as práticas corporais, segundo Fragoso e Negrine (1997): uma crença no grupo, no calor humano, no afeto, no contato, no respeito mútuo e possibilidade de problemas como solidão e etc; o desejo de um espaço para relaxar e; uma prática corporal ligada às atividades lúdicas, sem se preocupar em responder estereótipos.

As entrevistas mostram mulheres com problemas nos âmbitos familiares, médicos e laborais, devido os sintomas invisíveis da fibromialgia. Palavras como solidão e isolamento se repetiram no decorrer das entrevistas, mostrando mulheres que demandam atenção, acolhida, e afetividade; qualidades essas que estão ausentes nas respectivas relações do dia a dia:

*Agora eles me respeitam, respeitam o meu problema, porque antes eles achavam que como eu fazia todos os exames e não acusava nada*

*eu era problemática, então eles riam, eles brincavam: “Você não tem nada, isso é coisa da sua cabeça”; eles não me respeitavam muito, eles me traziam mais tristeza ainda, pois além do médico não acreditar a minha família também não acreditava, então ficava complicado (...) (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

De alguma forma, as demandas das pacientes entrevistadas podem ter funcionado como condição de possibilidade externa ao discurso, podem ter constituído o discurso emitido por essas mulheres. O discurso construído sobre as práticas corporais de saúde pode ter sido influenciado pelas experiências negativas vivenciadas pelas pacientes.

Conforme apresentados no capítulo de métodos da presente dissertação, as alunas que frequentam o grupo de Transição passam a vivenciar todos os exercícios físicos oferecidos pelo Projeto, pois ingressam no treinamento de força. Algumas mulheres entrevistadas mencionaram a nova vivência, a nova descoberta:

*Eu nunca tinha feito, é a primeira vez, mas eu estou gostando. Eu nunca tinha feito, porque eu sentia dor, aí eu tinha medo de fazer e a dor aumentar (sic). (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

*Agora estamos pegando os de força! Tem muita coisa boa, mas é difícil relatar tudo. Agora estamos em um período de força, quando a gente vai para outra sala e faz exercícios nos aparelhos. Ali que é o teste da verdade (risos) (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

Hansen e Vaz (2004) procuraram estudar as academias de ginástica e musculação como espaços de tecnificação corporal. Segundo os autores o culto ao corpo faz parte desses ambientes, pois os praticantes superaram os próprios limites em nome de contornos corporais concebidos como ideais. Algumas características como o treinamento e a performance consolidam o *ethos* das academias de musculação.

Uma das alunas entrevistadas já havia praticado musculação, porém afirmou não ter se dado bem com a prática dessa modalidade:

*Isso, os da nova sala. Eu achei que teria muita dificuldade, porque eu nunca me dei bem com academia, nunca gostei muito, eu não era muito adepta ao treinamento de força. Eu achava que ia sentir muita dor, nossa eu vou sair daqui e não vou conseguir. Eu achava que ia sentir muita dor e não foi o que aconteceu, foi só no primeiro dia, mas depois você vai se adaptando e hoje eu vou tranquila, eu me sinto bem, faço todos os exercícios (...) (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Além do treinamento e da performance, Hansen e Vaz (2004) destacam a dor como outra característica das práticas de modelação corporal. A dor é o inimigo a ser combatido, superado, suportado; podendo ser a prova de que está indo além dos próprios limites, existindo um mérito relacionado ao dilaceramento do próprio corpo.

Os relatos mostram mulheres inicialmente inseguras com a prática do treinamento de força. Hansen e Vaz (2004) foram claros quando mencionaram a dor como característica desses espaços. O medo de sentir dor com a nova modalidade foi mencionado, até porque trata-se de mulheres que sofrem constantemente de dores crônicas e difusas. A representação desses espaços por parte das pacientes poderia estar atrelada à dor e à performance.

As pacientes também demandam resolutividade por parte do PRACORSAU. Durante as entrevistas, foram questionadas sobre quais pontos poderiam melhorar. Algumas alunas solicitaram mais tempo de aula, em relação à duração e à frequência (dias da semana) das mesmas:

*Te falar que poderia ser até a semana toda (risos). É muito bom, essas horinhas que a gente fica aqui são muito boas. As atividades, as conversas e as amizades, é tudo muito bom (sic). (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

*Mais tempo de aula! E também mais tempo com a psicóloga, porque é muito pouco tempo, porque tem muito assunto já que é um grupo. Poderia ser um dia só com a psicóloga, uns três dias de exercício, mas um dia apenas para a psicóloga (sic). (53 anos, casada, estudante, Rio de Janeiro)*

*Acho que poderia ser duas horas (risos), uma horinha a mais (...) poderia ser mais, poderia ser uns 4 dias na semana, é muito bom, poderia ser mais porque faz muito bem para todas nós, porque é o que eu percebo através de uma conversa com a outra, com uma troca de experiências com a outra, porque todo mundo tem o mesmo problema, então eu acho que uma ajuda a outra também. (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Entretanto, algumas mulheres foram mais conservadoras a respeito do aumento da duração e da frequência das atividades. Uma paciente sugeriu alteração do horário da aula, inclusive:

*Talvez o horário, em vez de ser 08:30 ser 9:00, até porque a gente vai sair mais tarde ainda, porque, por exemplo, assim, é de manhã, como de manhã a gente toma remédio é difícil para gente ficar acordando.*

*Então assim, se eu fica 1 semana acordando cedo, no final de semana eu to mais cansada (...)* (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)

*Ah, o horário! Eu ia ficar até tarde, ai o trânsito não tá bom, ai ia ser pior, ia perder minha tarde aqui (sic).* (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)

As opiniões a respeito da duração e da frequência das atividades foram diversas, pois as alunas opinaram de acordo com as respectivas rotinas. A paciente com dificuldade relacionada ao sono sugeriu que a aula começasse mais tarde, enquanto a aluna que mora longe da UERJ sugeriu manter o planejamento.

De acordo com Rosa, Pelegrini e Lima (2011) a visão dos usuários sobre resolutividade está relacionada com sua percepção sobre solução de seus problemas, sendo importante ressaltar que satisfação dos usuários e sua visão sobre resolutividade da assistência contribuem para organização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Para Turrini, Lebrão e Cesar (2008) a visão do usuário sobre determinado serviço é sempre particular, sendo difícil identificar o que significa para um paciente um bom serviço, um serviço capaz de resolver seus problemas.

Outro assunto levantado pelas alunas durante as entrevistas foi o encontro das famílias organizado pelo PRACORSAU. Na ocasião, os familiares das pacientes que frequentam o Projeto foram convidados para assistirem uma palestra e para trocarem experiências de vida. Uma aluna solicitou mais encontros como este durante as entrevistas:

*É, acho que sim, porque foi muito bom, foi gratificante, a família participando, os amigos participam, aquela coisa toda, todo mundo troca experiências, e isso também é muito bom para a família entender a doença né, a família não vê a doença e é bom para a família ver que outras pessoas também têm, eu achei bacana, achei legal (sic)* (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)

A aluna em questão expôs sua opinião sobre o encontro das famílias, ressaltando a importância do familiar conhecer outras pessoas com fibromialgia. Nesses encontros, segundo a paciente, o familiar e os amigos entendem um pouco mais sobre a síndrome. Em diversos momentos as pacientes deixaram claro que assim como os médicos, os familiares e amigos de trabalho também eram descrentes a respeito da fibromialgia, devido ao fato da dor crônica ser invisível aos exames biomédicos. O discurso pronunciado a respeito do encontro da família pode ter sido constituído por estas externalidades.

Um dos objetivos específicos do atual estudo foi identificar outras terapêuticas associadas ao tratamento da fibromialgia. Durante as entrevistas, as pacientes mencionaram as outras terapias que tiveram acesso. Grande parte da amostra (87,5%) frequenta/frequentou clínicas de fisioterapia, 37,5% hidroginástica, 50% acupuntura, 12,5% pilates, 12,5% RPG (Reeducação Postural Global), 37,5% ortopedista.

Segundo Marques et al. (2012) a fisioterapia tem importante papel no quadro sintomático de pacientes com fibromialgia, pois pode melhorar a capacidade funcional dos indivíduos e contribuir para a manutenção da qualidade de vida. Entretanto, uma das pacientes que fez fisioterapia durante o tratamento não relatou melhora:

*Ah, fisioterapia teve! Esse negócio de luz, botava água quente, água fria, mas exercícios assim mesmo não, só umas coisinhas assim. Ai botava, tinha uma lâmpada assim, ficava deitada ali, não via muita, não adiantava não. Para mim assim não dava (sic). (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

Para Ferreira e Matsutani (2006) os exercícios em água podem ser uma opção de tratamento para pacientes com fibromialgia, pois a água é um meio que permite a realização de certos movimentos, de modo prazeroso e indolor. Uma das mulheres entrevistada encontrou na hidroginástica uma ótima opção para complementar o seu tratamento:

*(...) eu fui para hidroginástica, lá na hidroginástica também é muito bem direcionado, a turma é muito boa. (65 anos, casada, técnico de enfermagem, Miracema)*

Stival et al. (2014) procuraram avaliar a eficácia da acupuntura no tratamento da fibromialgia. Os autores concluíram a partir dos resultados encontrados que a acupuntura mostrou ser eficaz na redução imediata da dor em pacientes portadores de fibromialgia.

*(...) o que dá um melhorada é a acupuntura, mas tem que ser a acupuntura com a medicação. (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

Duas pacientes (25%) frequentam/frequentaram serviço de psicologia externo ao Programa, enquanto uma aluna (12,5%) frequenta/frequentou nutricionista externa. Uma das alunas destacou a importância de frequentar serviço de psicologia externo, pois acha

fundamental um momento reservado com o(a) psicólogo(a). Vale ressaltar que as consultas de psicologia oferecidas pelo PRACORSAU não são individuais, são em grupo:

*Não, aqui é em grupo, mas faço aqui com o grupo. O problema do grupo interessa todo mundo, porque a gente aprende com o outro (sic). (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

*(...) tenho pena das pessoas que não podem sair daqui para ir em outro lugar, porque é muito bom você ter o seu momento sozinha com psicólogo. Ali você pode expor toda a sua via, tanto a doença quanto a vida particular. (60 anos, casada, técnico de laboratório, Salvador)*

O grupo terapêutico da psicologia foi ressaltado, devido ao fato de possibilitar interações entre as pacientes participantes. A história de vida de uma aluna pode ser importante para outra aluna. Entretanto, as consultas individuais são fundamentais, segundo a paciente entrevistada, pois não se sente à vontade de compartilhar todos os assuntos com o grupo.

Outros dois serviços públicos de saúde foram mencionados e elogiados durante as entrevistas: a Policlínica Piquet Carneiro e o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Mais da metade da amostra (75%) frequenta/frequentou a Clínica da Dor (CDD) do HUPE, enquanto 50% da amostra frequenta/frequentou os serviços oferecidos pela Policlínica.

Duas pacientes tiveram o diagnóstico da fibromialgia na CDD do HUPE, após inúmeros insucessos em outros serviços de saúde:

*Muito, muito tempo, foram anos, muito tempo mesmo. Tem uns 4 anos para cá como eu te falei, lá do posto que eles me mandaram para o HUPE. Eu ouvia falar e lia no jornal sobre a CDD no HUPE, ai eu tentei entrar e consegui! Fiquei um ano e pouco para conseguir essa clínica, porque é cheio demais e só tem dois médicos (sic). (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

*(...) Eu levei todas as ressonâncias quando eu fui nele, ele começou a me examinar, eu nem sabia que tinha esse negócio de pontos, ele ficou me apertando e disse que eu tinha fibromialgia. Ele me passou alguns medicamentos e me deu um papel que servia para me encaminhar para a UERJ, porque ele disse que o tratamento da UERJ era muito bom, ai eu trouxe o papel aqui na UERJ, tive que fazer todos os exames, ai só depois que eu comecei a fazer o tratamento. (64 anos, casada, aposentada, Rio de Janeiro)*

*(...) Eu agradeço muito ao HUPE, porque foi lá que eu encontrei o meu tratamento, agradeço muito ao pessoal da fisioterapia, agradeço a*



*Deus por ter colocado o doutor no meu caminho. (38 anos, casada, do lar, Rio de Janeiro)*

No decorrer das entrevistas, muitas alunas discursaram sobre o diagnóstico da síndrome complicar e atrasar do tratamento da mesma. Os discursos acima mostram mulheres que encontraram no serviço público de saúde uma saída. Os discursos emitidos sobre a Clínica da Dor oferecida pelo HUPE pode ter sido constituídos pelas experiências prévias e negativas vivenciadas por essas mulheres, à respeito do diagnóstico e tratamento, no decorrer de suas vidas.

Lima e Trad (2007) buscaram compreender os sentidos e os significados atribuídos à dor crônica por médicos na Clínica da Dor. Segundo os autores, é possível sugerir que a Clínica de Dor valorize o “escutar, compreender e negociar” se não como princípios formativos, mas como recursos mobilizados pela prática clínica para a viabilização do encontro clínico, diante da invisibilidade da dor crônica.

Apesar de possuir plano de saúde uma das pacientes entrevistadas optou por se tratar no HUPE, pois acredita que os profissionais são mais atualizados.

*(...) eu tenho condições de fazer tratamento particular pelo plano, mas eu optei para fazer o tratamento no HUPE, que eu acho que é uma coisa, eles são mais atualizados, eu penso né, eles são grupos que estudam tanto que eu to participando de uma pesquisa que tá acontecendo, daquelas de choquinho na cabeça e aí eu optei para tratar no HUPE. (57 anos, casada, enfermeira, Teófilo)*

A paciente em questão é formada em enfermagem, servidora do estado do Rio de Janeiro e fez pós-graduação na área da saúde pública. De alguma forma, a formação e a experiência profissional podem ter funcionado como condição de possibilidade externa ao discurso emitido. O fato de a paciente ter tido acesso ao HUPE e aos serviços oferecidos pelo mesmo pode ter contribuído também para a constituição discursiva. Para Lima e Trad (2011), o paciente pode estabelecer uma relação empática com terapeutas quando o sucesso no tratamento é alcançado.

Diferentemente dos pacientes que sofrem por dores agudas, os pacientes que sofrem por dores crônicas posicionam-se, nem sempre são passivos, pois aprendem a se tornarem aptos a identificar os tratamentos adequados para a melhora de suas dores. A dor crônica reposiciona o indivíduo no centro do trabalho médico (LIMA, TRAD, 2011).

A Policlínica Piquet Carneiro também foi importante para o tratamento de algumas pacientes. Uma aluna escutou pela primeira vez na vida a palavra “fibromialgia”, enquanto outra encontrou na Policlínica a oportunidade única de tratar sem plano de saúde. Assim como o HUPE, a Policlínica também intermediou o contato de algumas alunas com o PRACORSAU:

*Não, lá no HUPE eu não sabia ainda não, só fui saber láááááá no Piquet. Lá que eu comecei a pegar mais informação de mais coisa. Parece que eles são mais centrados lá em passar as coisas para gente (sic) (60 anos, viúva, costureira, São Gonçalo)*

*É, quando eu cheguei aqui eu estava muito ruim. Foi a Doutora do Piquet que indicou, inclusive eu estava sem plano, sem plano de saúde, sem médico, eu estava em uma crise muito ruim ai eu conheci a Doutora na clínica da família, ela trabalha no Piquet Carneiro, ai ela me indicou né, marcou uma consulta no Piquet Carneiro, eu fui na primeira consulta com ela e ela me indicou né, ela falou: “eu acho bom você procurar esse grupo aqui na UERJ porque é muito bom, vai fazer muito bem para você”. E realmente eu estou me sentindo bem melhor, os exercícios né, a terapia, ta sendo muito gratificante para mim, atualmente to mais equilibrada, eu tomo atualmente pouquíssimos remédios (sic). (47 anos, casada, recepcionista/telefonista, Teolândia)*

Segundo Trad e Lima (2011), no enfrentamento da dor crônica, são reconhecidas possibilidades que emergem menos da rigidez da técnica e mais da vitalidade da prática de sujeitos, terapeutas e doentes, no exercício do cuidado da saúde. A construção de um ponto de vista sensibilizado pela dor crônica, disposto a explorar a possibilidade da multiplicidade de vozes presentes no drama do sofredor e no exercício do cuidado, poderá ser um caminho para reorientar os serviços e as práticas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral da presente dissertação foi compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia. Os sentidos foram entendidos a partir da mesma perspectiva de Carvalho e Luz (2009), como um campo que se origina a partir de uma construção social, a partir da relação entre os atores sociais. Em hipótese alguma os sentidos foram entendidos como modalidades ou qualidades intrínsecas ao homem, fazendo com que os sentidos atribuídos às práticas corporais tenham sido construídos a partir das relações sociais, que se realiza na prática, entre todas as mulheres com fibromialgia que fizeram parte do grupo de Transição.

Para se alcançar o objetivo proposto, três objetivos específicos foram desenvolvidos e entendidos, por consequência, como caminhos para o objetivo geral do estudo. Por ser considerada uma síndrome, entendeu-se que identificar a presença de alguns sinais e sintomas fosse um caminho para o objetivo geral do estudo. As entrevistas abertas em profundidade e o questionário sociodemográfico captaram oito sinais e sintomas associados à fibromialgia:

Conforme exposto no quarto capítulo da presente dissertação, o estudo apoiou-se na abordagem qualitativa e na etnometodologia para alcançar seus objetivos, logo não foi intenção do pesquisador utilizar a análise estatística para fixar regularidades e correlações entre variáveis. Os sinais e sintomas foram identificados visando um viés interpretativo. Os sinais e sintomas identificados no presente estudo são frequentes em pacientes com fibromialgia de acordo com os seguintes pesquisadores (SANTOS et al., 2006; ÁLVARES, LIMA, 2010; CAVALCANTE et al., 2006; GONÇALVES et al., 2010; MATTOS, LUZ, 2012).

Por ser a matéria primas da abordagem qualitativa, a fala, emitida pelas pacientes, foi fundamental no momento da entrevista. Os discursos das mulheres, analisados posteriormente pela análise da ordem do discurso do filósofo Michel Foucault, mostraram que os sinais e sintomas da fibromialgia relacionaram-se frequentemente com a tristeza, solidão, desamparo e com o isolamento social.

A segunda sessão de análise das entrevistas mostrou que as características sintomáticas da síndrome são capazes de prejudicar tanto a relação com os filhos, esposos e parentes; quanto as relações laborais. Uma das alunas entrevistadas, por exemplo, fez questão de destacar a depressão e um vago pensamento sobre suicídio.

O segundo objetivo específico da presente dissertação foi identificar outras terapêuticas relacionadas ao tratamento da síndrome. Identificar outras terapêuticas, além daquelas promovidas pelo “Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia” (Educação Física, Psicologia e Nutrição). A terceira sessão de análise das entrevistas procurou responder este objetivo específico.

As pacientes entrevistadas declararam que frequentaram clínicas de fisioterapia, hidroginástica, acupuntura, pilates, RPG e serviços de ortopedia. Entretanto, foram dois serviços públicos de saúde que receberam inúmeros elogios durante as entrevistas: Hospital Universitário Pedro Ernesto e Policlínica Piquet Carneiro. A Clínica da Dor do HUPE foi responsável pelo diagnóstico de duas pacientes, enquanto a Policlínica foi responsável por informações pertinentes sobre a síndrome. Os dois serviços públicos de saúde intermediaram o contato de grande parte das alunas com o PRACORSAU. Ao mesmo tempo em que as pacientes demandam resolutividade por parte dos sistemas de atendimento em saúde, o HUPE e a Policlínica foram capazes de solucionar as demandas das pacientes.

Compreender a relação médico-paciente, no contexto do diagnóstico e da longitudinalidade do cuidado foi o terceiro objetivo específico da presente dissertação. Apesar da literatura citar a interdisciplinaridade como o caminho mais seguro para o tratamento da fibromialgia, é sabido que, em geral, o tratamento é confiado às terapêuticas farmacológicas, à apenas uma abordagem terapêutica (MARTINEZ, 2010; HEYMANN et al., 2010a; MARTINS et al., 2014). Os discursos emitidos pelas pacientes com fibromialgia mostraram que diante do aparecimento dos sinais e sintomas o primeiro profissional da saúde a ser consultado foi o médico. A dor é o primeiro motivo para a consulta médica, segundo Le Breton (2013).

A segunda sessão de análise das entrevistas mostrou uma relação médico-paciente conturbada, principalmente no contexto do diagnóstico, fazendo com que o cuidado em saúde não tenha sido exercido. Entendeu-se por cuidado, na presente dissertação, como a relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento, ou intervir com a finalidade de alcançar uma qualidade de vida melhor.

Os inúmeros relatos registrados no presente estudo mostraram mulheres insatisfeitas com a racionalidade médica ocidental, pois suas demandas não foram solucionadas. As entrevistas aqui analisadas confirmaram o posicionamento de Le Breton (2013) e Lima e Trad (2007) sobre a relação entre dor crônica e racionalidade médica ocidental. A dor crônica não é compreendida, pois os médicos negligenciam constantemente a figura do sujeito enfermo. Na

realidade, o indivíduo foge a um padrão de comportamento esperado. Acreditar na dor do paciente com fibromialgia é o primeiro passo para sustentar a relação médico-paciente, porém segundo as entrevistadas isso não aconteceu.

Grande parte das alunas entrevistadas expuseram suas experiências constrangedoras sobre o diagnóstico, deixando claro que o processo de cuidado não foi estabelecido. O sofrimento não foi aliviado, pois as mulheres não estavam entendendo o que estava acontecendo diante de uma medicina descrente sobre as dores crônicas.

Compreender a relação médico-paciente, no contexto do diagnóstico e da longitudinalidade do cuidado foi fundamental para tentar compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde, pois diante de uma biomedicina incapaz de atuar nos campos do cuidado, acolhimento e vínculo; as práticas corporais podem ter funcionado como uma terapêutica não-farmacológica alternativa capaz de produzir alguns (novos) sentidos para vida e para a saúde.

Se os três objetivos específicos abordados anteriormente foram fundamentais para se compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde, destaca-se, nesse momento, também a importância das atividades interdisciplinares oferecidas pelo PRACORSAU. Entendeu-se que as atividades desenvolvidas pela nutrição e psicologia podem ter influenciado o discurso das mulheres entrevistadas sobre as práticas corporais de saúde.

Após um considerável esforço, alguns sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde foram identificados e interpretados. Os discursos, posteriormente analisados à luz do filósofo Michel Foucault, apontaram sentidos relacionados ao acolhimento, ao vínculo, à longitudinalidade do cuidado, à resolutividade em saúde, à vitalidade e até mesmo à interdisciplinaridade. O viés interpretativo adotado pelo presente estudo foi fundamental para se compreender os sentidos atribuídos pelas oito mulheres entrevistadas.

Conforme exposto na primeira sessão de análise das entrevistas, as pacientes entrevistadas atribuíram sentidos relacionados ao acolhimento e ao vínculo às práticas corporais de saúde. As práticas corporais de saúde promovidas pelo Tratamento Interdisciplinar para Pacientes com Fibromialgia junto ao PRACORSAU produziu os laços sociais entre as pacientes (vínculo) e o sentimento de pertencimento (acolhida). O acolhimento, entendido como uma diretriz, pode ter possibilitado as relações de cuidado. Diante de uma racionalidade médica ocidental incapaz de atuar nesses dois campos

(acolhimento e vínculo), as mulheres encontraram na UERJ um Programa que exerce suas funções através da prática de receber e escutar pessoas.

O PRACORSAU, de acordo com os relatos, mostrou-se ser um Programa que resolve demandas, um serviço público de saúde, junto ao HUPE e à Policlínica Piquet Carneiro, capaz de atender e tratar pessoas com fibromialgia. A partir desse contexto, sentidos relacionados à resolutividade em saúde podem ter sido atribuídos às práticas corporais de saúde.

O paradigma da saúde-vitalidade foi apresentado no segundo capítulo da presente dissertação, com base em Luz (2005). De acordo com a autora, as práticas corporais de saúde podem atuar com base neste paradigma, pois além de não entenderem a saúde apenas como ausência de doenças, buscam convocar o paciente para que o mesmo seja agente ativo no processo saúde-doença. A partir disso as mulheres entrevistadas atribuíram às práticas corporais do PRACORSAU sentidos relacionados à vitalidade, pois relataram em diversos momentos a preocupação do Programa com um atendimento mais humanizado e com a qualidade de vida.

Ainda sobre o paradigma da saúde-vitalidade, uma das pacientes pode ter destacado uma das características deste paradigma ao discursar sobre modo como os exercícios eram conduzidos. Segundo a mesma não existia uma cobrança excessiva por parte do Programa, fazendo com que o seu discurso se aproximasse do posicionamento de Luz (2003). Para a autora, algumas práticas, como alongamentos, danças e ginásticas, podem comportar outras representações de corpo e saúde, em que a harmonia e o equilíbrio aparecem como base da vitalidade. Talvez tenha sido isto que a aluna tentou explicitar.

Apesar da prática corporal de saúde ser apenas uma abordagem do PRACORSAU, sentidos direcionados à interdisciplinaridade foram identificados. A interdisciplinaridade foi importante, pois foi capaz de possibilitar uma corresponsabilidade entre as pacientes e as profissionais do Programa. A multiplicidade de vozes pode ter promovido também o exercício do cuidado. Pontos estes que foram destacados por alguns autores na literatura (GIRÃO, FREITAS, 2016; LIMA, TRAD, 2011).

A observação não-sistemática também foi importante para o presente estudo, pois possibilitou confirmar a veracidade das informações emitidas pelas pacientes durante as entrevistas. A amizade, o carinho e a união; que inúmeras vezes as mulheres ressaltaram nas entrevistas, realmente, confirmou-se na prática, durante as aulas. Gestos como abraços e

trocas de sorriso podem confirmar a relação de afetividade que envolve tanto os profissionais do Programa quanto as pacientes com fibromialgia.

Outra palavra que apareceu com bastante frequência durante as entrevistas foi a “atenção”. Grande parte das alunas fez questão de destacar esta qualidade das profissionais envolvidas com o grupo de Transição, e mais uma vez a observação não-sistemática conseguiu confirmar o dito. A fibromialgia, como bem apresentado durante todo o estudo, é uma síndrome caracterizada por fortes algias (crônicas e difusas), logo faz parte do cotidiano das alunas este terrível sintoma. Observou-se um grande carinho e uma forte atenção por parte das profissionais envolvidas, principalmente quando alguma aluna precisava de ajuda por conta das fortes dores.

As pacientes destacaram de forma positiva e bem-humorada as atividades ministradas pelos professores/estagiários, fato este confirmado pela observação não-sistemática. Uma das alunas chegou a afirmar que ninguém sabia dançar, mas que mesmo assim a atividade era maravilhosa, pois o que contava era a boa vontade e o esforço. Durante atividades como dança foi perceptível a alegria que envolvia pacientes e profissionais.

Ainda que não seja objetivo inicial do PRACORSAU, entende-se o Programa como uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde e um dos elementos da Atenção Básica em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica precisa ser o contato preferencial dos usuários, de maneira descentralizada e ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

O PRACORSAU também visa a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos (controle do quadro sintomático dos pacientes com fibromialgia), o tratamento (não-farmacológico), a reabilitação, 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.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARES, T.T.; LIMA, M.E.A. Fibromialgia – interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 803-812, 2010.

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, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – precarização do trabalho e redundância salarial. **Revista Katálysis**, v.12, n.2, p.188-197, jul/dez, 2009.

ALVES, F.S.; CARVALHO, Y.A. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. **Movimento**, v.16, n.4, p. 229-224, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. A quantidade e o tipo recomendados de exercícios para o desenvolvimento e a manutenção da aptidão cardiorrespiratória e muscular em adultos saudáveis. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.4, n.3, p. 96-106, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. et al. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. Artmed Editora: 2014.

ANDRADE, A. et al. Anxiety associated to sociodemographic and clinical factors of females with fibromyalgia syndrome. **Revista Dor**, v.14, n.3, p. 200-3, jul/set, 2013.

ASSUMPCÃO, A. et al. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v.10, n.64, p.1-7, 2009.

BAGRICHEVSKY, M. et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Revista Saúde e Sociedade**, v.22, n.2, p.497-510, 2013.

BAIR, M.J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Archives of Internal Medicine**, v.163, n.20, p.2433-45, 2003.

BALDURSDÓTTIR, S. Juvenile primary fibromyalgia syndrome – review. **Laeknabladid**, v.94, n.6, p.463-472, 2008.

BANNWARTH, B. et al. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. **Joint Bone Spine**, v.76, n.2, p.184-7, 2009.

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.



BARBOSA, L.B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances em Psicología Latino american**, Bogotá, v.32, n.2, p.309-320, 2014.

BARDAL, E.M. et al. 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.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BASZANGER, I. Pain: its experience and treatments. **Social Science & Medicine**, v.29, n.3, p. 425-434, 1989.

BERBER, J.S.S. et al. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.45, n.2, p.47-54, 2005.

BESSET, V.L. et al. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v.x, n.4, p. 1245-1269, dez, 2010.

BISPO, M. S.; GODOY, A. S. A etnometodologia enquanto caminho teórico-metodológico para investigação da aprendizagem nas organizações. **RAC**, v.16, n.5, p.684-704, 2012.

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.

BOYER, A.L. et al. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. **Rheumatology International**, v.29,n.10, p.1151-60, 2009.

BRANCO, J.C. et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. **RDM Open**, v.2, n.1, 2016.

BRANDT, R. et al. Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60, n.3, 216-20, 2011.

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: a humanização como eixo norteador das práticas atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: O Ministério, 2004a.

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, 2004b.

BRASIO, K.M. et al. Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo, e reestruturação cognitiva. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.12, n.4, p. 307-318, out/dez, 2003.

BREDARIOL, R.A.; GOMES, C.R.G. Fibromialgia e exercício. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.1, n.1, p. 79-83, jan/abr, 2008.

BURCKARDT, C.S.; CLARK, S.R.; BENNET, R.M. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. **The Journal of Rheumatology**, v.18, p.728-33, 1991.

BUSCH, A.J. et al. Exercise therapy for fibromyalgia. **Curr Pain Headache Rep**, v.15, p. 313-367, 2011.

BUSKILA, D. et al. Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. **The Journal of Rheumatology**, v.20, n.2, p.368-70, 1993.

CALAIS, S.L. et al. Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de Stresse em Adultos Jovens. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.16, n.2, p. 247-263, 2003.

CAMBUI, H.A.; NEME, C.M.B. O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de Psicologia. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.16, n.2, p. 75-88, 2014.

CANESQUI, A.N. Compreender a dor. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n.37, p.613-6, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPELLE, M.C.A. et al. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v.5, n.1, p.1-15, 2011.

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, 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, 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. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**, 33-45, 2006

CARVALHO, Y.M.; FREITAS, F.F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 489-506, 2006

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.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTEL, R. As transformações da questão social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. **Desigualdade e a questão social**.2. ed. São Paulo: EDUC, 2000.

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.

CHOY, E. et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. **Bio Med Central Health Services Research**, v.10, n.102, p.1-9, 2010.

CLARK, P. et al. Prevalence of fibromyalgia in children: a clinical study of Mexican children. **The Journal of Rheumatology**, v.25, n.10, p. 2009-14, 1998.

CORREIA, T. Interpretação e validação científica em pesquisa qualitativa. **Interface**, v.17, n.45, p.263-74, abr/jun, 2013.

COULON, A. **La etnomedotologia**. 3. ed. Madrid: Cátedra, 2005.

DAVATCHI, F. et al. Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. **International Journal of Rheumatic Diseases**, p.1-7, 2015.

DREVER, L. et al. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. **Arthritis Rheumatology**, v.62, n.10, p. 3101-8, 2010.

EL-HAGE, W. et al. Fibromyalgie: une maladie du traumatisme psychique? **La Presse Medicale**, Paris, v. 35, n. 11, p. 1683-1689, 2006.

ESPINO, M.L. et al. Indicadores bioquímicos y pruebas isométricas em fibromialgia. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, v.54, n.213, p.47-66, 2008.

FADEL, M.A.V.; REGIS, G.I.F. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v.47, n.1, p.7-22, 2009.

FAIRCLOUGH, N. A dialética do discurso. **Revista Teias**, v.11, n.22, p.225-234, mai/ago, 2010.

FEDERAL, Senado. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado**, 1988.

FERREIRA, K.B.; MATSUTANI, L.A. Abordagem da hidroterapia no tratamento da fibromialgia. **Revista PIBIC**, v. 3, n.2, p. 39-47, 2006.

FERREIRINHA, I.M.N; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, v.44, n.2, p. 367-83, mar/abr, 2010.

FERRO, C.V.; IDE, M.R.; STREIT, M.V. Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. **Fisioterapia e Movimento**, v.21, n.1, p.33-38, 2008.

FISCHER, R.M.B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p. 197-223, 2001.

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.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 24. ed. Loyola, 2015.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975/1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**: organização e tradução de Roberto Machado. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. Ed. Forense Universitária:2004.

FRAGOSO, R.; NEGRINE, A. Práticas Corporais Alternativas e seus significados. **Movimento**, v.4, n.6, p. 14-33, 1997.

FRANCO, T. et al. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v.14, n.28, p.139-152, 2004.

FREIRE, M. et al. Concomitância de fibromialgia em pacientes portadores de hipotireoidismo e de alterações hipotireoideanas em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v,46, n.1, p.11-15, 2006.

GALLAGHER, A.M. et al. Incidence of fatigue symptoms and diagnoses presenting in UK primary care from 1990 to 2001. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.97, n.12, p.571-5, 2004.

GAMA, M.M.A. et al. Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracajú (SE). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.1, p.19-24, 2008.

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.

GOÉS, S.M. et al. Nonrestorative sleep and comorbidities associated in women with fibromyalgia. **Fisioterapia e Movimento**, v.22, n.3, p. 323- 333, 2009.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago, 2005.

GOMEZ, C.M.; COSTA, S.M.F.T. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 411-421, 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, E. et al. Fibromyalgia and psychiatric comorbidity: their effect on the quality of life patients. **Actas Españolas de Psiquiatria**, v.38, n.5, p.295-300, 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.

GOTA, C.E.; KAOUK, S.; WILKE, W.S. The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. **International Journal of Rheumatic Diseases**, 2015.

GUEDES, C.R. et al. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.

GUESSER, A.H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v.1, n.1, p.148-168, 2003.

HANSEN, M.R.; VAZ, A.F. Treino, culto e embelezamento do corpo: um estudo em academias de ginástica e musculação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.26, n.1, p. 135-152, 2004.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural 17. Ed. São Paulo: Loyola, 2008.

HARVEY, D. **Espaços de Esperança**. 1. Ed. São Paulo: Loyola, 2004.

HARVEY, D. Neoliberalismo como destruição criativa. **INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.2, n.4, p.1-30, Tradução, 2007.

HECKER, C.D. et al. Análise dos efeitos da cinesioterapia e da hidrocinestioterapia sobre a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia - um ensaio clínico randomizado. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, p. 57-64, 2011.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M.A.; SIENA, C.A.F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v.58, n.3, p. 358-365, 2012.

HEYMANN, R.E. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010a.

HEYMANN, R.E. et al. **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. Ed. São Paulo: Planmark, 2010b.

HOFLING, E.M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedex**, v.21, n. 55, p. 30-41, 2001.

JIMENEZ-RODRIGUEZ, I. et al. Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v.10, p.625-630, 2014.

JUAN, K. The impact of the surgery and the psychological aspects of the patient: a review. **Psicologia Hospitalar**, v.5, n.1, p. 48-59, 2007.

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.

KASSAM, A.; PATTEN, S.B. Major depression, fibromyalgia and labour force participation: a population-based cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v.7, n.4, 2006.

KAYHAN, F. et al. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v.12, p. 349-355, 2016.

KAZIYAMA, H.H.S. et al. Síndrome fibromiálgica. **Rev. Med.**, v.80, n.1, p. 11-27, 2001.

LAZZAROTTI, A.F. et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, v.16, n.1, p. 11-29, 2010.

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. **Compreender a dor**. Portugal: Editora Estrelapolar, 2007.

LECHOPIER, N. Quatro tensões na saúde pública. **Estudos Avançados**, v.29, n.83, p.209-231, 2015.

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.

LIMA, M.A.G.; TRAD, L.A.B. “Circuloterapia”: uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. **Physis**, v. 21, n.1, p. 217-236, 2011.

LIU, H.Y. et al. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. **Neurology**, v.85, n.12, p. 1017-23, 2015.

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

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.

MACÊDO, K.B. O desamparo do indivíduo na modernidade. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.2, n.1, p.94-107, 2012.

MACEDO, L.C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.12, n.26, p.649-657, 2008.

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.

MAEDA, C. et al. Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 3-10, 2006.

MÁÑEZ, I. et al. Calidad del sueño, dolor y depresión em fibromialgia. **Revista de La Sociedad Española del Dolor**, v.12, n.8, p.491-500, 2005.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.V. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARQUES, A.P. et al. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.42, n.1, p.42-8, 2002.

MARQUES, A.P. et al. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, n.1, p.24-31, jan/fev, 2006.

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. et al. Avaliação sequencial do impacto da fibromialgia e artrite reumatóide na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.34, n.6, p.309-316, nov/dez, 1994.

MARTINEZ, J.E. et al. 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.R. et al. Correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.53, n.6, p.460-3, 2013.

MARTINEZ, J.E. et al. Fibromyalgia VS rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. **Journal Rheumatology**, v.22, n.2, p.201-4, 1995.

MARTINEZ, J.E. et al. Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. **Journal of Psychosomatic Research**, v.39, n.2, 167-174, february, 1995.

MARTINEZ, J.E. ; PANOSSIAN, C. ; GAVIOLI, F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório articular. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, n.1, p.32-6, 2006.

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.179-184, 2014.

MARX, K. **O Capital**. Crítica da economia política. Livro 1. O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTOS, R.S. **Fibromialgia**: o mal-estar do século XXI. São Paulo: Phorte Editora, 2015.

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.



MAYNARD, D.W.; CLAYMAN, S.E. The diversity of ethnomethodology. **Annals Review of Sociology**, v.17, n.1, p.385-418, 1991.

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, 2015.

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.

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.

MITRE, S.M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010.

MORETTI, A.C.et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

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.

NESPOLI, N.; NOVAES, J.V.; ROSA, C.M. O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. **Desafio: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal de Tocantins**, v. 1, n.2, p. 149-168, 2016.

NEVES, J.L.Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 2, 1996.

NEUMANN, L.; BUSKILA, D. Epidemiology of fibromyalgia.**Curr Pain Headache Reports**, v.7, n.5, p.362-8, 2003.

OLIVEIRA, M. et al. 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.M. et al. Comparative analysis of functional capacity among women with fibromyalgia and low back pain. **Revista Dor**, v.14, n.1, p.39-43, 2013.

OLIVEIRA, S.A.; MONTENEGRO, L.M. Etnometodologia: desvelando a alquimia da vivência cotidiana. **Cadernos EBAPE.BR**, v.10, n.1, p.129-145, 2012.

ORLANDI, E.P. Discurso, imaginário social e conhecimento. **Em aberto**, Brasília, v.14, n.61, p.53-9, 1994.

PACOLA, L.M. et al. Health-related quality of life and expectations of patients before surgical treatment of lumbar stenosis. **Coluna/Columma**, v.13, n.1, p.35-8, 2013.

PAGANO, T. et al. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. **São Paulo Medical Journal**, v.122, n.6, p.252-8, 2004.

PENICHE, A.C.G.; JOUCLAS, V.M.G.; CHAVES, E.C. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.33, n.4, p. 391-403, 1999.

PEREIRA, A.M. et al. 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.

PEREZ, M.F.P. Fibromialgia, fadiga e cefaléias. **Einstein**, v.2, n.1, p.49-57, 2004.

PROVENZA, J.R. et al. Fibromilagia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.44, n.6, p.443-9, nov./dez., 2004.

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. et al. Manifestações clínicas. In HEYMANN, R.E. et al. **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. ed. São Paulo: Planmark, 2010.

PSATHAS, G. Alfred Schultz's influence on american sociologists and sociology. **Human Studies**, v.27, n.1, p.1-35, 2004.

QUEIROZ, L.P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Curr Pain and Headache Reports**, v.17, n.8, p.356, 2013.

QUINTANA, R. et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in the indigenous Qom population of Rosario, Argentina. **Clinical Rheumatology**, 2016.

RAMIRO, F.S. et al. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n.1, p.27-32, 2013.

REILLY, P.A. Fibromyalgia in the workplace: a 'management' problem. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v.52, p. 249-251, 1993.

ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde e Debate**, v. 39, n. 104, p.123-135, 2015.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n.2, p. 345-351, 2011.

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.

SADIR, M.A.; BIGNOTTO, M.M.; LIPP, M.E.N. Stresse qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Padéia**, v.20, n.45, p. 73-81, 2010.

SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 3, p. 317-24, 2006.

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.

SARAL, I. et al. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. **Rheumatology International**, p.1-11, 2016.

SARUDIANSKY, M. Análisis temático sobre la fibromialgia en la prensa escrita Argentina: descripciones generales y el rol de la psicología. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.20, n.56, p. 25-36, 2016.

SCHMIDT, M.B.; FIGUEIRIEDO, A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, v.12, n.1, p.130-140, São Paulo, 2009.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004.

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. et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **Journal Rheumatology**, v.31, n.3, p.594-7, 2004.

SILVA, C.L. et al. Pesquisa qualitativa em Educação Física: possibilidades de construção de conhecimento a partir do referencial cultural. **Educação em Revista**, n.48, p.37-60, dez, 2008.

SILVA, G.G.; LAGE, L.V. Ioga e fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, n.1, p.37-39, jan/fev, 2006.

SILVA, T.D.; SCHEWENGBER, R.A. Abordagem fisioterapêutica em pacientes com fibromialgia. **Revista Extensão em Foco, Caçador**, v.1, n.1, p. 73-78, jun, 2013.

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.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. A autonomia do paciente e no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.65-78, jan/abr, 2007.

SORDET-GUEPET, H. L'insaisissable fibromyalgie. **L'Évolution Psychiatrique**, v. 69, n. 4, p. 671-689, 2004.

STEFFENS, R. D. A. K. et al. Praticar caminhada melhora a qualidade do sono e os estados de humor em mulheres com síndrome da fibromialgia. **Revista Dor**, v.12, n.4, p. 327-31, 2011.

STIVAL, R.S.M. et al. Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.53, n.6, p. 431-6, 2014.

TESSER, C.D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 465-484, 2007.

The WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, n.10, p.1403-10, 1995.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.663-674, 2008.

VALIM, V. Epidemiologia. In HEYMANN, R.E. et al. **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. 1. Ed. São Paulo: Planmark, 2010.

VALIM, V. et al. 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.

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.

WOLFE, F. et al. Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. **Arthritis Care Res (Hoboken)**, v.64, n.1, p. 94-101, 2011.

WOLFE, F. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia of the multicenter committee, **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.

WOLFE, F. et al. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. **The Journal of Rheumatology**, v.23, n.8, p.1407-1417, 1996.

World Health Association. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders**. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.

ZORZANELLI, R.T. Sobre os diagnósticos das doenças em explicação médica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.1, p.25-31, 2011.

## REVISTA DE SAÚDE COLETIVA (PHYSIS) (QUALIS B2)

**TÍTULO EM PORTUGUES:** Práticas Corporais de Saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização.

### INTRODUÇÃO

O presente estudo faz parte da pesquisa “Práticas corporais de saúde e fibromialgia”, que está sendo desenvolvida em um programa de pós-graduação e em um programa de extensão com o objetivo de compreender os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia. Práticas corporais de saúde estão sendo utilizadas como terapêutica não-farmacológica para pacientes com fibromialgia (LUZ, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2010; MATTOS, LUZ, 2012; MATTOS, 2015).

A fibromialgia é uma síndrome reumática, não articular, de origem desconhecida, que atinge muitas mulheres, chegando a atingir cerca de 2% da população brasileira. É caracterizada principalmente por dor músculo-esquelética crônica e difusa. A fibromialgia está associada frequentemente a um conjunto de sinais e sintomas, como por exemplo, a fadiga generalizada, a rigidez matinal, distúrbios do sono, dores de cabeça, ansiedade, distúrbios do humor, depressão e dispnéia (MATTOS, LUZ, 2012; ÁLVARES, LIMA, 2010; CAVALCANTE *et al.*, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2006).

A prevalência da fibromialgia varia entre 0,66% e 4,4%, na população mundial, sendo responsável por aproximadamente 15% das consultas ambulatoriais de reumatologia, e 5% a 10% nos ambulatórios de clínica geral. Levando em consideração o Brasil, a síndrome acomete aproximadamente cerca de 2% da população (CAVALCANTE *et al.*, 2006; MATTOS, LUZ, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2010; PROVENZA *et al.*, 2004). De acordo com alguns autores, a fibromialgia acomete principalmente as mulheres (CAVALCANTE *et al.*, 2006; MATTOS, LUZ, 2012; BRASIO *et al.*, 2003; ALVARES, LIMA, 2010).

A Medicina tradicional encara a doença a partir de um ponto de vista biológico apenas, não levando em consideração os determinantes sociais da saúde e a subjetividade do mal-estar. Nesse sentido, o paradigma da biomedicina se fundamenta nas pesquisas científicas biológicas com testes estatísticos, protocolos e procedimentos que qualificam o sintoma como verdadeiro ou falso. A verdade da cura limita-se a cura da doença cientificamente definida.

## ANEXO A – Projeto de Lei 6858/13

---

### **Projeto de Lei, solicita tratamento obrigatório no SUS para Fibromialgia**

A Câmara dos Deputados analisa o Projeto de Lei 6858/13, da deputada Erika Kokay (PT-DF), que obriga o SUS a oferecer tratamento para pessoas com síndrome de fibromialgia ou fadiga crônica. A proposta garante ao paciente atendimento multidisciplinar (médicos, psicólogos, nutrição e fisioterapia), acesso a exames, assistência farmacêutica e outras terapias.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, a fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes. O principal sintoma é a dor difusa e crônica nos músculos e ossos, mas a pessoa pode apresentar ainda fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal e paralisia de extremidades, entre outros.

"Especialistas recomendam atenção multiprofissional para o tratamento da síndrome", diz a deputada, que participou de audiência pública sobre o tema na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara sobre o tema, no ano passado.

#### Tramitação

O projeto será analisado de forma conclusiva pelas comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Fonte: Câmara dos Deputados.

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**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 “Os sentidos e significados atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia”, sob a responsabilidade do pesquisador Leonardo Hernandes de Souza Oliveira, a qual pretende compreender os sentidos e significados atribuídos às práticas corporais de saúde por pacientes diagnosticados com fibromialgia que participam gratuita e voluntariamente das atividades do Programa de Extensão Práticas Corporais de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A participação nessa pesquisa se dará unicamente por meio de entrevista em profundidade aberta. 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.

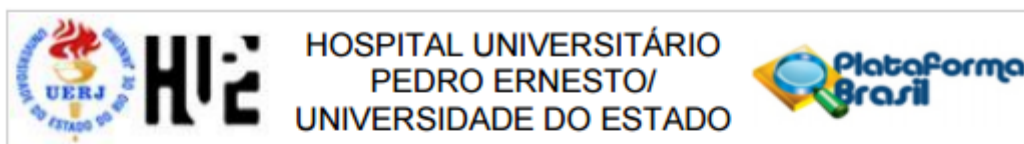
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável



## ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética do HUPE



**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_549041.pdf	22/09/2015 19:30:33		Aceito
Outros	DeclaracaodeCiencia.pdf	22/09/2015	Leonardo	Aceito
Outros	DeclaracaodeCiencia.pdf	19:29:23	Hernandes de Souza Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha da Rosto.pdf	09/08/2015 10:40:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE -.docx	04/07/2015 20:49:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	04/07/2015 20:45:57		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**DENIZAR VIANNA ARAÚJO**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo  
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

## ANEXO D – AEDA: PRACORSAU

UERJ	ATO EXECUTIVO DE DECISÃO ADMINISTRATIVA	IDENTIFICAÇÃO	DATA	FOLHA	
		AE -030 /REITORIA/ 2014	// /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 E - Questionário Sociodemográfico

	<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b> <b>CENTRO DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES</b> <b>INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS</b>	
--	---	--

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

**Prof. Dr. Rafael Mattos**  
**Prof. Adjunto IEFD/UERJ**

Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Sexo:  
 Masculino  
 Feminino

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Renda própria: \_\_\_\_\_

Cor de pele (auto-declaração): \_\_\_\_\_

Contribuição na renda familiar:  
 total  
 parcial  
 nenhuma

Filhos:  
 sim. Quantos? \_\_\_\_\_  
 não

Doenças passadas ou atuais:  
 diabetes  
 hipertensão  
 câncer  
 doenças pulmonares  
 doenças cardíacas  
 doenças reumáticas  
 outras: \_\_\_\_\_

Estado civil:  
 solteiro (a)  
 separado (a)  
 divorciado (a)  
 casado (a)  
 namorando (a)

Religião: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Escolaridade:  
 ensino fundamental incompleto  
 ensino fundamental completo  
 ensino médio completo  
 ensino superior. Qual? \_\_\_\_\_  
 especialização  
 Mestrado  
 Doutorado

Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_