



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Neftalí Beatriz Centurion*

**A vivência da sexualidade em mulheres com fibromialgia:  
um estudo clínico-qualitativo**

**UBERLÂNDIA  
2017**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Neftalí Beatriz Centurion*

**A vivência da sexualidade em mulheres com fibromialgia:  
um estudo clínico-qualitativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

**UBERLÂNDIA  
2017**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

C397v Centurion, Neftali Beatriz, 1989  
2017 A vivência da sexualidade em mulheres com fibromialgia: um  
estudo clínico-qualitativo / Neftali Beatriz Centurion. - 2017.  
101 f. : il.

Orientador: Rodrigo Sanches Peres.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Fibromialgia - Teses. 3. Sexo - Teses. 4.  
Psicologia clínica da saúde - Teses. I. Peres, Rodrigo Sanches. II.  
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

---



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Neftalí Beatriz Centurion*

**A vivência da sexualidade em mulheres com fibromialgia:  
um estudo clínico-qualitativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**Banca Examinadora**

Uberlândia, 16 de fevereiro de 2017

---

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Profa. Dra. Maria Virginia Filomena Cremasco (Examinadora)

Universidade Federal do Paraná – Curitiba, PR

---

Prof. Dr. Luiz Carlos Avelino da Silva (Examinador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Marcos Mariani Casadore (Examinador Suplente 1)

Universidade Estadual Paulista – Assis, SP

---

Prof. Dra. Anamaria Silva Neves (Examinador Suplente 2)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

**UBERLÂNDIA**

**2017**

Universidade Federal de Uberlândia - Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG

+55 – 34 – 3218-2701

[pgpsi@fapsi.ufu.br](mailto:pgpsi@fapsi.ufu.br)

<http://www.pgpsi.ufu.br>



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



## **AGRADECIMENTOS**

Gratidão, há em meu coração pela vida que me foi concedida. Agradeço em primeiro lugar Àquele que me concedeu a vida sem eu nada merecer.

Família, maior expressão de amor e perfeição na imperfeição. Aos meus pais Gerardo e Norma, e irmãs, Priscila e Ruth, que sempre caminharam ao meu lado, emitindo palavras de consolo e força em olhares que me faziam acreditar que chegar até aqui era possível. Ao meu marido, Arthur, o maior presente que recebi, companheiro ímpar para toda a vida, a você meus agradecimentos, pois sabemos o que partilhamos e enfrentamos para chegar até aqui. Agradeço a minha família expandida, Raquel, Gilberto e Laura, que também tem caminhado ao meu lado.

Ao meu orientador, Rodrigo Sanches Peres, exemplo de compromisso e profissionalismo, gratidão por cada conselho e reunião ofertada, nas quais este trabalho foi ganhando forma. Estes encontros permitiram a mim aperfeiçoar-me enquanto profissional e pesquisadora, reafirmado o desejo de seguir carreira acadêmica, além de afirmar a riqueza que há no conhecimento e na prática psicológica.

Pelas parcerias realizadas. A toda a equipe da Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região, que nos recebeu com tanto carinho, apostando desde o início no trabalho que seria por nós realizado. Agradeço especialmente à presidente Nilma Rodrigues de Oliveira, e a cada uma das participantes desta pesquisa, que se



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



comprometeram não só em tempo, mas em disposição para partilhar as suas vivências conosco.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo fundamental apoio nesta empreitada mediante a concessão de uma bolsa de estudos, assim como ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, pela estrutura de ensino e pesquisa ofertada.

Ao professor Luiz Carlos Avelino da Silva e à professora Maria Virginia Filomena Cremasco, pelas valiosas sugestões apresentadas no exame de qualificação e na defesa de dissertação.

Por fim, a todos aqueles que caminharam comigo, inspirando cada um dos meus dias, o meu muito obrigada.





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Centurion, N. B. (2017). *A vivência da sexualidade em mulheres com fibromialgia: um estudo clínico-qualitativo*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.

Resumo: Diversas pesquisas têm sido realizadas recentemente acerca da sexualidade de mulheres com fibromialgia, com foco sobretudo na mensuração de indicadores de disfunções sexuais. O presente estudo, por outro lado, teve como objetivo compreender a vivência da sexualidade em um grupo de mulheres com fibromialgia conforme a perspectiva das mesmas. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, do qual participaram oito mulheres que apresentavam diagnóstico de fibromialgia há, no mínimo, seis meses, e possuíam de 40 a 60 anos de idade. As participantes foram recrutadas junto aos arquivos de uma organização não-governamental especializada. A coleta de dados teve como *locus* um grupo psicanalítico de discussão, o qual foi desenvolvido ao longo de quatro encontros de cerca de uma hora e trinta minutos cada. Todos os encontros foram gravados em áudio com a autorização das participantes. As gravações foram transcritas, integral e literalmente, constituindo, assim, o *corpus* do presente estudo, sendo que o mesmo foi analisado segundo os procedimentos metodológicos estabelecidos pela análise de conteúdo. A análise categorial realizada conduziu à configuração de três categorias, as quais foram nomeadas da seguinte forma: (1) “Se fosse com amor...” (2) “Maria das Dores” e (3) “Amor e sexo”. A primeira categoria reuniu relatos em função dos quais as participantes deixaram claro que consideram o impacto da fibromialgia na sexualidade totalmente negativo, porém entendem que o mesmo poderia ser minimizado se seus companheiros se mostrassem mais afetuosos no cotidiano. A segunda categoria se refere a relatos que evidenciam que o impacto da fibromialgia atravessa as relações das participantes de modo generalizado, inclusive com elas mesmas. Ademais, ilustram que a desqualificação, por parte de outras pessoas, da dor que sentem em função da fibromialgia se soma a perdas associadas à menopausa e ao envelhecimento, repercutindo negativamente no desejo e na satisfação sexual. Por fim, os relatos agregados na terceira categoria trazem à tona ressonâncias da religiosidade e da moralidade no tocante à vivência da sexualidade que se entrelaçam ao impacto da fibromialgia, conduzindo, como consequência, a diversas restrições quanto à atividade sexual. Embora provenientes de um grupo de participantes em específico, tais resultados acrescentam em relação àqueles reportados em pesquisas prévias, sendo que, assim, fornecem elementos a serem considerados tanto na assistência multidisciplinar oferecida a mulheres com fibromialgia quanto no desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática.

Palavras-chave: Fibromialgia; sexualidade; pesquisa qualitativa; Psicologia da Saúde.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Centurion, N. B. (2017). *The sexuality experience of women with fibromyalgia: a clinical-qualitative study*. Master Dissertation, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia.

**Abstract:** Several studies have been carried out on sexuality of women with fibromyalgia, focusing mainly on the measurement of sexual dysfunction indicators. This study, on the other hand, aimed to understand the experience of sexuality of a group of women with fibromyalgia according to their perspective. This clinical-qualitative study involved eight 40 to 60 years old women diagnosed with fibromyalgia for at least six months. Names of the participants were retrieved from the files of a specialized non-governmental organization and participants were recruited accordingly. The locus of data collection was a psychoanalytic discussion group, which involved four meetings that lasted approximately one hour and thirty minutes each. All meetings were audio recorded with permission of the participants. The recordings were transcribed fully and literally, thus constituting the corpus of this study, and it was analyzed according to the methodological procedures of content analysis. The categorical analysis led to the setting of the following three categories: (1) “If it was done with love...” (2) “Mary of Sorrows” and (3) “Love and sex”. The first category gathered reports according to which the participants made it clear that they consider the impact of fibromyalgia on sexuality totally negative, but understand that it could be minimized if their partners were more affectionate in everyday life. The second category refers to reports showing the influence of fibromyalgia on all the relationships of participants, including with themselves. Moreover, these reports illustrate that the disqualification of the pain these women feel by virtue of fibromyalgia by other people adds to losses associated with menopause and aging, negatively impacting the sexual desire and satisfaction. Finally, reports in the third category reveal the repercussions of religion and morality that are associated with the impact of fibromyalgia on the experience of sexuality, leading as a consequence to several restrictions on sexual activity. Although these results are obtained from a particular group of participants, they contribute to those reported in previous research, and thus provide elements useful for both the multidisciplinary care offered to women with fibromyalgia and the development of new research on the subject.

**Keywords:** Fibromyalgia; sexuality; qualitative research; Health Psychology.





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	9
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	24
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	37
<b>4. OBJETIVO</b> .....	51
<b>5. MÉTODO</b>	
5.1 Desenho metodológico.....	52
5.2 Participantes.....	54
5.3 Coleta de dados.....	56
5.4 Análise de dados.....	58
<b>6. CUIDADOS ÉTICOS</b> .....	60
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
7.1 Descrição geral dos encontros do grupo.....	61



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



7.2 Categorias decorrentes da análise de conteúdo.....	64
7.2.1 “Se fosse com amor...” .....	64
7.2.2 “Maria das Dores” .....	71
7.2.3 “Amor e sexo” .....	78
 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 86
 REFERÊNCIAS .....	 90
 APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	 99

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é fruto de uma construção empreendida ao longo da minha caminhada, tanto acadêmica quanto pessoal. Acreditando que os caminhos que trilhamos são direcionados a encontros e desencontros repletos de sentidos, que nos conduzem a novas pessoas e histórias que incrementam, acrescentam e transformam o nosso caminhar, foram-me colocadas pessoas e situações que, seja no detalhe de um sorriso ou no compartilhar pleno de uma história de vida, me fizeram chegar até aqui.

No decorrer da minha graduação, tanto em aulas, práticas ou diálogos com professores que transmitiram seus conhecimentos e experiências, despertou-se em meu interior um interesse que me permitiu encantar-me tanto pelo estudo do que é ser mulher quanto pelas práticas em grupos.

Em um dos estágios, tive o privilégio de ir ao encontro de um grupo de mulheres em uma unidade de saúde que participavam de reuniões semanais. Quando cheguei ao grupo, este já detinha um vínculo de aproximadamente dois anos. E eu permaneci neste grupo por um ano. As mulheres tinham entre 50 e 75 anos, e isso era uma característica importante do grupo, que trazia relatos profundamente marcados pela passagem do tempo. A vivência dessas mulheres foi decisiva para dizer: amo ser mulher, e de fato é com elas que desejo trabalhar.

Ser mulher, o que é isso? E quando os anos se passam? Como se dá a vivência da sexualidade nessas mulheres? Esses questionamentos me ocorreram a partir da minha experiência no referido grupo, o que concretizou ainda mais a minha paixão pelas práticas grupais, me mostrando que é no encontro que tudo acontece, que é no abrir-se para um novo e diferente que podemos nos conhecer.

A possibilidade de trabalhar com a sexualidade de mulheres com fibromialgia surgiu de uma proposta do professor Rodrigo Sanches Peres, meu orientador. E abracei essa proposta porque tais mulheres muitas vezes são estigmatizadas por um diagnóstico e têm os seus corpos e vozes silenciados por experimentarem um sofrimento decorrente do fato de sentirem uma dor física aparentemente não justificada ou comprovada. Foi então que tudo fez sentido: mulheres, sexualidade, grupos e fibromialgia.

Direcionei meus questionamentos já referidos a essa população, e isso me fez ver que há muito a ser feito, e que é neste caminho que gostaria de seguir. Diante disso, juntamente com o professor Rodrigo Sanches Peres, me encorajei a desenvolver esta dissertação, cujo objetivo foi, basicamente, compreender a vivência da sexualidade em um grupo de mulheres com fibromialgia conforme a perspectiva das mesmas. O problema de pesquisa, assim, gravitou em torno da seguinte questão: como se caracterizam as experiências concernentes à sexualidade em um grupo de mulheres com fibromialgia a partir dos relatos apresentados pelas próprias a esse respeito?

Na seção “Introdução”, buscando contextualizar a temática, estabelecerei um breve panorama histórico sobre a dor e a fibromialgia. Adicionalmente, demarcarei contribuições psicanalíticas acerca do assunto a partir da delimitação de pontos de convergência e divergência entre a histeria e a fibromialgia, o que se justifica, sobretudo, porque em tais condições clínicas a dor não se vincula a uma lesão orgânica.

Proporcionando uma aproximação mais direta em relação à temática, na seção subsequente apresentarei uma revisão da literatura, com foco nas pesquisas empíricas sobre a sexualidade de pacientes com fibromialgia. Saliento desde já que, com base nessa revisão, foi possível constatar a predominância de pesquisas quantitativas que privilegiam a exploração da (dis)função sexual nesta população. Tal constatação



norteou a definição dos objetivos, do marco teórico e do desenho metodológico desta dissertação.

Dessa forma, após a revisão da literatura, apresentarei, na seção “Marco teórico”, formulações oriundas de diferentes saberes sobre o “ser mulher” e, mais especificamente, o “ser mulher de meia-idade” e o “ser mulher com fibromialgia”. Tais formulações orientaram não apenas o desenvolvimento, mas também o planejamento desta dissertação. Esclareço aqui que, em consonância com o desenho metodológico, a Psicanálise ocupou lugar de destaque como coordenada conceitual, mas sempre em diálogo com outros saberes capazes de complementar e enriquecer seus aportes.

Explicitarei o objetivo geral e os objetivos específicos da dissertação antes da seção “Método”, sendo que nesta apresentarei o desenho metodológico, bem como caracterizarei as participantes e os procedimentos relativos à coleta e análise de dados. Na sequência, então, me ocuparei dos cuidados éticos observados em consonância com as diretrizes legais.

A propósito do desenho metodológico, antecipo que esta dissertação se afigura como uma pesquisa clínico-qualitativa. E as pesquisas clínico-qualitativas tipicamente se beneficiam de aportes psicanalíticos tanto como parâmetro para viabilizar uma postura clínica na coleta de dados quanto como ferramentas para a análise de dados. Porém, as pesquisas clínico-qualitativas não se enquadram como pesquisas psicanalíticas no sentido mais estrito dessa nomenclatura, pois possuem diversas especificidades, as quais serão detalhadas na seção “Método”.

Após tal seção, contemplarei os resultados obtidos. Inicialmente descreverei, em seus aspectos gerais, os encontros do grupo que serviu como *locus* para a coleta de dados. E depois apresentarei as três categorias que agregam em temas os relatos das participantes, as quais foram assim denominadas: “Se fosse com amor...”, “Maria das

Dores” e “Amor e sexo”. Na mesma seção, promoverei a discussão dos resultados obtidos com base no diálogo com a literatura consultada, retomando autores citados anteriormente, em especial, mas não apenas na seção “Marco teórico”.

Já na seção “Considerações Finais”, apresentarei o fechamento desta dissertação mediante a síntese dos resultados obtidos e a delimitação de suas possíveis implicações e limitações.

## 1. INTRODUÇÃO

A dor representa uma das mais primitivas fontes de sofrimento para o ser humano, sobretudo porque, em contraste com outras experiências desagradáveis, dentre as quais se pode destacar o frio e a fome, implicou em impotência e resignação durante grande parte da História (Lobato, 2010). Mas o tratamento da dor avançou significativamente nos últimos anos, sendo que atualmente há diversas opções farmacológicas e não-farmacológicas que podem ser empregadas conjuntamente a partir de uma abordagem multidisciplinar. A propósito, a dor, para a maioria das pessoas e independentemente da idade, é o principal motivo da busca de atendimento em saúde (Blyth, March & Cousins, 2003).

Brennan, Carr e Cousins (2007) asseveram, inclusive, que o tratamento da dor representa um direito humano fundamental. Porém, a dor, *per se*, se afigura como uma importante questão de saúde pública na atualidade. Ocorre que, a partir de uma extensa revisão da literatura, Teixeira e Siqueira (2009) apontam que a dor aguda acomete praticamente todas as pessoas em algum momento da vida. Já a dor crônica tem uma prevalência que varia de 7% a 40% em populações não-clínicas. Ademais, a dor ocupa lugar central na composição do quadro clínico de uma série de doenças e síndromes que, como a fibromialgia, podem provocar consequências negativas importantes – em termos físicos, psicológicos, sociais e econômicos – quando não são tratadas adequadamente.

O quadro clínico da fibromialgia é constituído basicamente por dor crônica – musculoesquelética, generalizada e desvinculada de alterações orgânicas passíveis de detecção – e alterações na memória, no humor e no sono (Clauw, 2014; Bellato et al. (2012). Justamente devido à ausência de causalidade orgânica detectável e à ocorrência de um aglomerado de sintomas inespecíficos, a fibromialgia geralmente é compreendida

como uma síndrome, de natureza reumatológica. Vale destacar que sua prevalência média global entre adultos é de 2,7%, sendo que pode acometer indivíduos de todas as faixas etárias e de ambos os sexos, mas é significativamente mais comum em mulheres, sobretudo dos 40 aos 60 anos de idade (Queiroz, 2013).

Para além dos dados epidemiológicos, a relevância da temática da dor também é evidenciada quando se considera que, conforme Le Breton (1999), trata-se, assim como a morte, de uma experiência comum a todos os seres humanos. Por outro lado, a dor promove um distanciamento do sujeito em relação a si mesmo ao ameaçar sua identidade. De qualquer forma, a dor, quando aguda, pode contribuir para a sobrevivência, atuando como um alerta para a manutenção da integridade do organismo. Já quando se cronifica, como ocorre na fibromialgia, por exemplo, a dor persiste mesmo após o tempo necessário para a cura de uma eventual lesão e tende a promover uma nova constituição identitária do indivíduo, visto que se estabelece um emaranhado entre o mesmo e sua dor (Angelotti, 2001).

Considerar que a dor é uma experiência vivenciada por todos não implica em negligenciar seu caráter subjetivo. Afinal, a dor pode ser sentida de diversas maneiras e em diferentes níveis em função de características individuais, assim como é capaz de transformá-las. Paradoxalmente, o sujeito deverá expressar sua dor com base em códigos de comunicação compartilhados para que possa ser compreendido por outras pessoas (Sarti, 2001). Pacientes com fibromialgia, especificamente, muitas vezes não têm sua dor legitimada pelo coletivo, pois a síndrome carece de justificativa orgânica aparente, como já mencionado. Porém, em tal população comumente se verifica o que Le Breton (1999) chama de “dor total”, fenômeno em função do qual a existência é modificada pela dor com tamanha intensidade que apenas por meio dela o indivíduo permanece vinculado ao mundo.



Diante do exposto, nota-se que a dor, embora individual e subjetiva, também é perpassada por questões sociais, culturais e relacionais, o que revela a complexidade inerente à temática. Assim sendo, apresentaremos a seguir alguns apontamentos históricos sobre a dor e a fibromialgia com base em aportes de diferentes campos do saber, além de que demarcaremos contribuições psicanalíticas acerca da temática em questão estabelecidas especificamente a propósito da delimitação de pontos de convergência e divergência entre a histeria e a fibromialgia, pois em tais condições clínicas a dor não se vincula a uma lesão orgânica.

A história da dor torna patente que a mesma acompanha o ser humano desde os seus primórdios. Por volta de 7.000 a.C., conforme Teixeira e Okada (2009), a dor era associada, principalmente, a fluidos mágicos oriundos de espíritos ou demônios que penetrariam no corpo como uma forma de castigo ou punição. Nesse sentido, na Pré-história prevalecia a crença na existência de uma relação de exterioridade entre o indivíduo e sua dor. E os referidos autores salientam que, justamente por essa razão, os tratamentos consistiam basicamente no uso de amuletos ou outros artefatos, assim como na prática de exorcismos ou rituais semelhantes, aos quais se recorria na tentativa de expulsar os demônios e, conseqüentemente, aliviar a dor.

Dando um salto significativo na História de modo a avançar até a Antiguidade, é interessante destacar que a relação do ser humano com a dor entre os diversos povos das primeiras civilizações permaneceu mediada pelo divino. Na Mesopotâmia, em torno de 3.500 a.C., a dor ainda era concebida como uma espécie de invasão do corpo por agentes demoníacos. Porém, gradativamente se constatou que o alívio da dor seria possível, ainda que parcialmente, à custa de meios naturais, pois extratos de papoula e emplastos de sálvia passaram a ser usados no tratamento de feridas e inflamações (Teixeira & Okada, 2009). Há registros de iniciativas semelhantes também no Egito

Antigo, entre 1.000 a.C. e 1.500 a.C., sendo que, como observaram Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz e Pérez (2005), o emprego de vegetais narcóticos era comum, embora a dor fosse frequentemente atribuída a um castigo dos deuses Sekhment e Seth.

Na Grécia Antiga, coexistiram diferentes tentativas de entendimento da dor. Tal fato se torna claro levando-se em conta que, para o filósofo Aristóteles (384-32 a.C.), a dor era concebida basicamente como um tipo específico de emoção (Le Breton, 1999). Por seu turno, Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da Medicina, atrelava a origem da dor a um órgão interno disfuncional, e a compreendia basicamente como o resultado de uma alteração do equilíbrio do organismo, sendo que recorria tanto à terapêutica naturalística quanto a procedimentos cirúrgicos (Pérez-Cajaraville et al., 2005). Assim sendo, Hipócrates contribuiu para a superação de algumas crenças sobre a dor remanescentes da Mesopotâmia, como observou De Marco (2003).

Cumprе assinalar que, ao relacionar a dor a um estado de desequilíbrio do organismo, Hipócrates sustentava algo semelhante ao que já havia sido preconizado pelo humanismo chinês de Confúcio (551–479 a.C.). Para tal filósofo, a dor seria decorrente do desequilíbrio da força vital *chi*, o qual, por sua vez, seria determinado por desarmonias entre *yin* e *yang*, energias opostas que constantemente competiriam entre si (Teixeira & Okada, 2009). No mundo oriental, entretanto, a dor não era concebida de forma unívoca. É ilustrativo nesse sentido o fato de que, sob a influência do budismo do século V a.C., os indianos associavam a dor à frustração dos desejos e, como consequência, localizavam sua fonte na alma, o que implicava em uma supervalorização de sua dimensão emocional (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

Com o advento do Império Romano, surgiu um certo misticismo cristão, o que, contudo, não impediu que Galeno (131-200 d.C.) retomasse os conhecimentos estabelecidos anteriormente pelos egípcios e pelos gregos no campo da anatomia e da

fisiologia e os aprofundasse de modo significativo. O referido médico e filósofo defendia que a dor derivaria de ações relativas ao organismo, mais especificamente ao sistema nervoso e ao processo de captação de impressões externas e de transformação das mesmas em percepções conscientes (Teixeira & Okada, 2009). Mas um novo salto significativo na História, desta vez à Idade Média, ou seja, o período compreendido entre o século V e o século XV, revela que a dor readquiriu à época o caráter de punição divina, porém supostamente seria implementada como consequência do pecado, caracterizado pela transgressão ao desígnio de um único Deus.

Já no Renascimento, nos séculos XV e XVI, a ciência ganhou um novo alento. Nesse contexto, Leonardo da Vinci (1452-1519), para embasar seus trabalhos como pintor e escultor, empreendeu uma minuciosa descrição anatômica dos nervos e reforçou que o cérebro – como já havia sugerido Hipócrates e, posteriormente, Galeno – se afigurava como o motor central da dor (Pérez-Cajaville et al., 2005). Além disso, o filósofo francês Montaigne (1533-1592) preconizava que o bem-estar corresponderia à ausência de dor, conforme Teixeira e Okada (2009). Em função de tal posicionamento, a dor poderia ser enquadrada como o pior mal do qual o homem poderia padecer. É relevante salientar que o desenvolvimento científico obtido até então não resultou imediatamente em incrementos no tratamento da dor.

Décadas depois, durante a chamada Revolução Científica, o também filósofo francês René Descartes (1596-1650) foi o responsável pela implementação de uma concepção dualista pautada na proposição de que o homem seria formado por duas partes básicas e distintas entre si: mente e corpo. Outrossim, postulou que a dor se relacionaria ao corpo, e não à mente, dado que seria produzida exclusivamente em função da transmissão de sensações provenientes do exterior diretamente ao cérebro (Teixeira & Okada, 2009). Logo, embora tenha se apoiado nas formulações de Galeno

acerca da origem da dor, e a despeito do fato de tal autor reconhecer a indissociabilidade entre o físico e o psicológico, Descartes veio a ensinar um reducionismo biológico do ser humano.

Durante o Iluminismo, no século XVIII, a dor passou a ser compreendida essencialmente como fruto do desrespeito às regras naturais do corpo e da vida, visto que tal movimento filosófico se baseava em um conhecimento aprofundado sobre a natureza e na valorização de sua importância para o ser humano moderno. Por outro lado, os vitalistas, influenciados pelos animistas do século XVII, acreditavam que tanto a saúde quanto a doença seriam determinadas pela ação de uma “força vital” que transcenderia as leis da Química e da Física, conforme Volich (2000). Nessa perspectiva, a dor era compreendida como uma forma de sofrimento da alma.

Já no século XIX, com o desenvolvimento da pesquisa experimental impulsionado pelo advento do positivismo, houve avanços significativos no entendimento das sensações em geral e da dor em específico (Teixeira & Okada, 2009). Porém, no final dos anos 1800, o médico austríaco Sigmund Freud (1856-1939) promoveu uma importante ruptura epistemológica quando passou a se dedicar ao tratamento de mulheres diagnosticadas como histéricas. Estas, assim como as pacientes com fibromialgia nos dias de hoje, representavam um importante desafio aos médicos, pois eram acometidas por sintomas físicos – inclusive dor – independentes de qualquer lesão orgânica (Costa, 2013).

Freud promoveu a superação do dualismo cartesiano ao demonstrar, de modo incontestável, que o corpo é susceptível aos fenômenos mentais, e não apenas a agentes externos. O autor consolidou tal ponto de vista, um dos pilares da Psicanálise, ao afirmar, na primeira década do século XX, que os sintomas histéricos decorreriam de “fantasias inconscientes exteriorizadas por meio da conversão” e, assim, seriam



“retirados do círculo das mesmas sensações sexuais e inervações motoras que originalmente acompanhavam as fantasias quando estas ainda eram inconscientes” (Freud, 1908/1996, p.151).

As fantasias inconscientes às quais Freud alude seriam um subproduto de um processo psíquico que foi descrito originalmente pelo próprio e recebeu o nome de “recalque”. Em linhas gerais, com o recalque, fantasias intoleráveis à consciência – assim como recordações e sentimentos, em um sentido mais amplo – seriam repelidas para o inconsciente. Mas Freud acrescentou que, na histeria, operaria também um outro processo psíquico por meio do qual os conteúdos recalcados se revelariam disfarçados em sintomas corporais dotados de valor simbólico. E foi justamente este outro processo que, no âmbito da teorização freudiana, foi designado como “conversão”.

Como bem observou Birman (1999), Freud, ao descrever a conversão, se contrapôs à tradição científica dominante e, assim, esclareceu que os sintomas histéricos somente poderiam ser compreendidos a partir do recurso a uma “anatomia imaginária”. Ressalte-se que, antes de chegar a tal conclusão, mas já tendo constatado que a histeria poderia ser desvinculada de uma lesão orgânica subjacente, Freud, sob a influência do médico francês Jean Martin Charcot (1825-1893), passou a empregar a hipnose no tratamento de suas pacientes. Contudo, logo se deu conta de que, para entrar em contato com o que considerava a verdadeira fonte dos sintomas, seria mais produtivo solicitar que as mesmas relatassem de forma espontânea e livre de julgamentos o que lhes viesse à mente. Com isso, Freud criou o método da associação livre, que veio a se afigurar como a regra fundamental da clínica psicanalítica.

Nas primeiras décadas do século XX, possivelmente sob a influência – ainda que indireta – das descobertas de Freud acerca da histeria, diversos estudos buscaram um aprofundamento sobre as possíveis relações entre o físico e o psicológico nos

fenômenos dolorosos. Não obstante, sinalizando dificuldades quanto à superação da dicotomia mente-corpo, o médico inglês William Gowers, em 1904, introduziu o termo “fibrosite” para designar uma condição clínica marcada pela ocorrência de aumento da sensibilidade dolorosa acompanhado de fadiga e distúrbios do sono e que supostamente seria causada exclusivamente por inflamações do tecido muscular fibroso (Inanici & Yunus, 2004). Porém, não havia comprovação da etiologia inflamatória e, a despeito disso, a influência de fatores emocionais no surgimento da fibrosite não foi considerada relevante à época.

Somente nos anos 1980 a ausência de uma doença basal específica foi descartada como possível origem da fibrosite. Como consequência, o sufixo *ite* (inflamação, em grego) foi substituído por *algia* (dor, em grego), originando, assim, o termo “fibromialgia” (Williams & Clauw, 2009). Presume-se que a fibromialgia esteja relacionada a alterações no processamento da dor no sistema nervoso central, mas sua etiologia ainda não é clara. Logo, reconhece-se que diversos fatores podem exercer um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas (Bellato et al., 2012). Alguns autores sustentam a possível influência de eventos pontuais na origem da fibromialgia, como acidentes, episódios de *stress* ou sobrecarga no trabalho, ao passo que outros a consideram um mero variante da depressão devido ao fato de a comorbidade com transtornos afetivos ser bastante comum (Buskila & Cohen, 2007).

Ressalte-se que os critérios diagnósticos da fibromialgia foram estabelecidos originalmente em 1990 pelo *American College of Rheumatology*, o qual preconizava a confirmação de um caso quando da presença de sensibilidade dolorosa em pelo menos 11 de 18 sítios anatômicos preestabelecidos mediante palpação digital realizada pelo médico, além de que seria necessária a manutenção da dor por um período igual ou superior a três meses (Wolfe et al., 1990). Porém, em 2010, a mesma instituição propôs

que o diagnóstico poderia prescindir da palpação digital, limitando-se: (1) ao relato de dor em, no mínimo, 7 de 19 sítios anatômicos e a obtenção de pelo menos 5 pontos em uma escala de severidade de sintomas associados – dentre os quais sintomas depressivos e ansiosos – ou (2) ao relato de dor entre 3 e 6 sítios anatômicos e a obtenção de, no mínimo, 9 pontos na escala de severidade de sintomas associados (Wolfe et al., 2010), sempre por um período igual ou superior a três meses.

Os critérios diagnósticos, assim, tornam evidente a existência de um marcante entrelaçamento dos planos físico e psíquico na sintomatologia da fibromialgia. E o mesmo se aplicaria também à sua etiologia, tendo-se em vista que, conforme uma extensa revisão da literatura empreendida por Malin e Littlejohn (2012), certas características psicológicas das pacientes podem funcionar como predisponentes, precipitantes e/ou mantenedoras dos sintomas, sobretudo por modularem reações biológicas em situações de estresse. Todavia, em muitos casos algumas dessas características psicológicas – como humor deprimido, por exemplo – podem constituir apenas um sintoma secundário da fibromialgia.

A propósito, é preciso salientar que a dor, em um sentido mais amplo, ou seja, considerada como um sintoma que não se restringe a um quadro clínico em particular, é enquadrada na atualidade como um fenômeno invariavelmente subjetivo e definida basicamente como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano” (tradução nossa) (Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 1994, p. 210). E, a partir de tal definição, pode-se depreender a relevância da dimensão psicológica da dor.

Para concluir, é necessário reforçar que, como já mencionado, a fibromialgia, a exemplo da histeria, circunscreve uma limitação quanto ao alcance da racionalidade

médica. Porém, alguns estudos psicanalíticos relacionam ambas as condições clínicas em termos sintomatológicos e/ou etiológicos. Em um deles, Costa (2013) assevera que tanto na histeria quanto na fibromialgia os sintomas seriam determinados, basicamente, pelo recalque e pela conversão. Ademais, Slompo e Bernardino (2006) defendem que, além de sintomas semelhantes, mulheres com fibromialgia e mulheres com histeria compartilhariam um possível fator de risco: história de vida marcada por traumas psíquicos. Por essa razão, as autoras chegam a afirmar que a fibromialgia seria, em essência, um sintoma histérico da contemporaneidade.

Contudo, não há consenso a respeito na literatura psicanalítica. Exemplo disso é o fato de Besset, Gaspard, Doucet, Veras e Cohen (2010) defenderem que a dor e, mais especificamente, a fibromialgia, poderia se manifestar em diferentes tipos de estruturação psíquica, com variadas funções subjetivas. Na neurose, por exemplo, tratar-se-ia de um apelo decorrente de uma marcante necessidade de proteção ou a uma função de resposta a um trauma. Já na psicose, estaria em causa uma tentativa de apreensão dos limites corporais. De maneira semelhante, Leite e Pereira (2003) sustentam que a fibromialgia poderia ser concebida como um fenômeno passível de inscrição em personalidades de organização histérica ou psicossomática.

Tendo em vista o que precede, constatamos que, em linhas gerais, a crença na existência de uma relação de exterioridade entre o indivíduo e sua dor perdeu força quando a mesma passou a ser associada a um estado de desequilíbrio do organismo. Antes, porém, houve uma supervalorização da dimensão emocional da dor, em função da qual a alma foi apontada como sua fonte. E, posteriormente, este posicionamento foi considerado inconcebível pelo dualismo cartesiano. Não obstante, o surgimento da Psicanálise atestou que o funcionamento do corpo é indissociável do funcionamento da



mente. Em consonância com tal descoberta, na atualidade sua natureza subjetiva é colocada em relevo inclusive por instituições médicas.

A história da fibromialgia ilustra que a dicotomia mente-corpo não foi superada facilmente, pois a descrição da fibrosite pressupunha sua origem inflamatória. Nos dias de hoje, a associação de sintomas físicos e psíquicos na composição do quadro clínico da síndrome é valorizada, como seus novos critérios diagnósticos atestam. Mas ainda ocorrem tentativas de abordar a fibromialgia a partir de uma perspectiva meramente biológica. Entendemos que uma das formas de se contrapor a esse movimento é, no desenvolvimento de pesquisas, privilegiar o estabelecimento de relações de sentido em detrimento de relações de causa e efeito entre a síndrome e variáveis subjetivas que, como a sexualidade, podem tanto afetar quanto ser afetadas pela mesma. E antecipamos que a revisão da literatura apresentada a seguir aponta que iniciativas dessa natureza são escassas, ao menos entre as pesquisas disponíveis até o momento sobre a sexualidade de pacientes acometidas pela fibromialgia.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Vale reforçar que a fibromialgia não é causada por alterações orgânicas passíveis de detecção, razão pela qual sua origem ainda não é clara (Bellato et al., 2012). Por outro lado, se encontra bem documentado o fato de raramente ocorrer remissão completa, de modo que a síndrome tende a afetar globalmente o bem-estar de pacientes, quer sejam homens ou mulheres. Afinal, estudos voltados à avaliação da qualidade de vida neste público revelam o desencadeamento de importantes prejuízos em termos físicos, psicológicos, sociais e, inclusive, sexuais, a partir da eclosão dos sintomas (Tawadros et al., 2013). Porém, uma melhor compreensão a respeito dos prejuízos sexuais ainda se faz necessária para subsidiar intervenções multidisciplinares voltadas mais diretamente a essa problemática, geralmente negligenciada ou relegada a um plano secundário nos tratamentos (Bazzichi et al., 2012)

Ressalte-se que, conforme Giami (2008), a sexualidade é uma noção que não admite definição unívoca, mas, de forma geral, se reconhece que a mesma não se limita ao ato sexual propriamente dito e encerra significações sociais e psicológicas diversas. Contudo, na esteira do lançamento de certos fármacos, os discursos públicos sobre o assunto vêm sendo pautados principalmente pela questão da função sexual, ou, mais especificamente, da disfunção sexual, como também observou o referido autor. É justamente nesse sentido que Russo (2013) sustenta que, desde o final do século XX, se observa um movimento de “farmacologização” da sexualidade, o qual seria correlativo de uma redução da vida sexual à sua dimensão orgânica, objetiva e individual.

Nas últimas décadas foram realizadas inúmeras pesquisas sobre a temática da sexualidade junto a pacientes com fibromialgia. Dessa forma, empreendemos uma revisão da literatura com o intuito de possibilitar um mapeamento das mesmas e, assim, obter elementos para a definição do desenho metodológico do presente estudo, de modo

a conferir-lhe um diferencial. Para subsidiar a localização das referências, realizamos consultas às seguintes bases de dados eletrônicas disponíveis *on-line*: MedLine, LILACS, SciELO-Brasil, PsycInfo e PEPsic. Buscamos contemplar publicações científicas nacionais e internacionais em Psicologia e, em um sentido mais amplo, em Ciências da Saúde, visto que o assunto possui natureza multidisciplinar.

As buscas nas referidas bases de dados foram concluídas em Junho de 2015 mediante o cruzamento dos seguintes descritores, em inglês e português: “fibromialgia” e “sexualidade”, “fibromialgia” e “função sexual” e “fibromialgia” e “disfunção sexual”. Tais descritores foram selecionados por serem de uso corrente na literatura científica especializada e por terem se revelado mais produtivos do que outros semelhantes em buscas prévias, viabilizando a obtenção de resultados mais precisos. Os campos de busca selecionados foram “resumo” na LILACS, na PEPsic, na SciELO-Brasil e na PsycInfo, e o equivalente “título/resumo” na MedLine. Cumpre assinalar que, para viabilizar um levantamento bibliográfico completo, as buscas não envolveram a utilização de quaisquer limites – em relação à data de publicação ou idioma, por exemplo – oferecidos pelas bases de dados.

Foram localizadas, no total, 80 referências, sendo 54 na MedLine, 24 na PsycInfo, 1 na SciELO e 1 na LILACS. Na PEPsic, em contrapartida, não foi encontrada nenhuma referência. Os títulos de todas essas referências foram inicialmente examinados para subsidiar a eliminação de eventuais duplicidades. Com isso, restaram 43 referências. Os resumos das referências selecionadas mediante o emprego desse procedimento inicial foram então submetidos a uma leitura preliminar, cujo propósito básico foi selecioná-las mais cuidadosamente para análise posterior. Esta leitura preliminar foi norteadada em função de quatro critérios de inclusão básicos, a saber: (1) publicação no período compreendido entre 2005 e 2015, (2) redação em inglês,

espanhol ou português, (3) publicação no formato de artigo empírico completo e (4) temática direta ou indiretamente relacionada à sexualidade de pacientes com fibromialgia.

Mais 29 referências foram então excluídas, sendo 2 delas devido à aplicação do primeiro critério de inclusão (período de publicação), 2 em virtude do emprego do segundo critério (idioma de publicação), 11 mediante o terceiro critério (formato de publicação) e 14 a partir do quarto critério (temática). Dessa forma, das 80 referências inicialmente localizadas, 14 foram selecionadas. Todas elas foram recuperadas na íntegra, em suas versões digitais ou impressas, e submetidas à avaliação mediante a execução de uma leitura exaustiva. A seguir, apresentaremos uma síntese dessas referências, contemplando, basicamente, seus objetivos, participantes, instrumentos utilizados para avaliação de aspectos relacionados à sexualidade e resultados. Mais adiante, discutiremos as principais tendências observadas no tocante a tais pontos.

Blazquez, Ruiz, Aliste, García-Quintana e Alegre (2015) avaliaram a associação entre síndrome de fadiga crônica (incluindo comorbidades) e sexualidade. Assim, as participantes de tal pesquisa foram 615 mulheres com síndrome de fadiga crônica, sendo 361 com fibromialgia concomitante, as quais foram avaliadas a partir do emprego do *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*. Os resultados obtidos revelam que as mulheres com síndrome de fadiga crônica com maior número de sintomas cognitivos e fadiga mais intensa apresentaram mais indicadores de disfunção sexual. Além disso, as mulheres com síndrome de fadiga crônica e fibromialgia concomitante apresentaram menores escores de frequência sexual, satisfação sexual e sensualidade e maiores escores de evitação, vaginismo e anorgasmia do que as mulheres com outras comorbidades.

A pesquisa de Lisboa, Sonehara, Oliveira, Andrade e Azevedo (2015) teve como participantes 47 mulheres com fibromialgia e 43 mulheres saudáveis, sendo que possui uma proposta diferenciada, pois avaliou longitudinalmente os efeitos da cinesioterapia na qualidade de vida, na função sexual e nos sintomas climatéricos. Por meio do uso do Quociente Sexual – Versão Feminina, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto à função sexual entre as mulheres com fibromialgia e as mulheres saudáveis antes da cinesioterapia. Porém, as mulheres com fibromialgia e as mulheres saudáveis apresentaram melhora no que diz respeito à função sexual após a referida intervenção, caracterizando impacto clínico fraco entre as primeiras e impacto clínico forte entre as segundas.

Já Yener et al. (2015) se propuseram a avaliar disfunção sexual e estado emocional em 126 mulheres com fibromialgia (em comparação com 132 mulheres saudáveis) e suas relações com o estado emocional dos respectivos cônjuges. Verificou-se que as mulheres com fibromialgia apresentaram menores escores de desejo sexual, satisfação sexual, orgasmo, excitação sexual, lubrificação vaginal, e sensação clitoriana, e maiores escores de dor sexual, ansiedade e depressão do que as mulheres saudáveis. Percebeu-se igualmente que a gravidade da depressão dos cônjuges se mostrou associada à gravidade da depressão das mulheres com fibromialgia, mas não à disfunção sexual. Estes resultados foram alcançados por intermédio do *Female Sexual Function Index*.

Burri, Lachance e Williams (2014) compararam 687 mulheres saudáveis e 166 mulheres com dor difusa e crônica em termos de problemas sexuais, assim como procuraram identificar seus possíveis preditores. A coleta de dados foi realizada com a aplicação do *Female Sexual Distress Scale* e os resultados obtidos revelam que as mulheres com dor difusa e crônica apresentaram menores escores de desejo sexual,

satisfação sexual, orgasmo, excitação sexual e lubrificação vaginal e maiores escores de dor sexual e *distress* sexual do que as mulheres saudáveis. Insatisfação com o relacionamento afetivo foi o principal preditor de problemas sexuais. Ademais, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto à libido entre as mulheres saudáveis e as mulheres com dor difusa e crônica.

Com a proposta de avaliar efeitos da qualidade de vida e do estado psicológico na função sexual, Tutoglu, Boyaci, Koca, Celen e Korkmaz (2014) trabalharam com uma amostra composta por 32 mulheres com fibromialgia e 30 mulheres saudáveis, todas com seus respectivos cônjuges. Os instrumentos utilizados foram o *International Index of Erectile Function* e o *Female Sexual Function Index*. Observou-se que as mulheres com fibromialgia apresentaram menores escores de desejo sexual e função sexual do que as mulheres saudáveis, e que os cônjuges das mesmas obtiveram menores escores de função erétil e aspectos sociais e emocionais, e maiores escores de depressão do que os cônjuges das mulheres saudáveis. Foi encontrada correlação negativa entre melhor função erétil, por um lado, e maior depressão, por outro, e correlação positiva entre melhor função erétil, por um lado, e melhores aspectos sociais e emocionais, melhor funcionamento social, melhor saúde mental e saúde geral e menor dor, por outro, entre os cônjuges de mulheres com fibromialgia e os cônjuges de mulheres saudáveis.

Homens com fibromialgia tendem a apresentar maiores escores de disfunção sexual do que homens saudáveis. Além disso, é frequente correlação negativa entre maior dor difusa, por um lado, e menor satisfação e função sexual, por outro, bem como correlação positiva entre melhor funcionamento físico, por um lado, e melhor função erétil, por outro. Estes achados foram reportados por Batmaz et al. (2013) em uma pesquisa voltada exclusivamente à população masculina, pois teve como foco a

comparação de 37 homens com fibromialgia e 30 homens saudáveis quanto à função sexual. Como na pesquisa de Tutoglu et al. (2014), a coleta de dados envolveu a aplicação do *International Index of Erectile Function*.

Ferreira et al. (2013) avaliaram a ocorrência de disfunção sexual em 163 mulheres com doenças reumáticas (lúpus eritematosos sistêmicos, artrite reumatoide esclerose sistêmica, síndrome antifosfolípide e fibromialgia) mediante o emprego do *Female Sexual Function Index*. As 15 mulheres com fibromialgia que integraram a amostra apresentaram frequência de disfunção sexual igual às mulheres com esclerose sistêmica e maior do que as mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide e síndrome antifosfolípide. Outrossim, apresentaram maior frequência de inatividade sexual do que as mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, esclerose sistêmica e síndrome antifosfolípide.

Rico-Villademoros et al (2012), por seu turno, desenvolveram um estudo com um enfoque original, visto que objetivaram avaliar o funcionamento sexual tanto de homens e mulheres com fibromialgia e saudáveis. Para tanto, aplicaram o *Changes in Sexual Functioning Questionnaire* e o *Sexual Functioning Questionnaire* em 293 pacientes com fibromialgia (276 mulheres e 17 homens) e 86 sujeitos saudáveis (72 mulheres e 14 homens). Foram verificadas diferenças estatisticamente significantes quanto ao funcionamento sexual entre as mulheres e os homens com fibromialgia, por um lado, e as mulheres e os homens saudáveis, por outro. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto ao funcionamento sexual entre as mulheres e os homens com fibromialgia, mas percebeu-se que as mulheres com fibromialgia apresentaram menores escores de prazer, desejo/frequência, desejo/interesse, excitação e orgasmo do que as mulheres saudáveis. Já os homens com

fibromialgia apresentaram menores escores de prazer, desejo/frequência, desejo/interesse, ereção e orgasmo do que os homens saudáveis.

O foco de Yilmaz et al. (2012) foi a avaliação da sexualidade em 126 mulheres com fibromialgia e suas relações com parâmetros clínicos, assim como o estabelecimento de comparações com 132 mulheres saudáveis. Também nesta pesquisa o instrumento utilizado foi o *Female Sexual Function Index*. Os autores constataram que as mulheres com fibromialgia apresentaram menores escores de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual, e maiores escores de dor sexual e depressão do que as mulheres saudáveis. Além disso, verificaram correlação negativa entre maior satisfação sexual, por um lado, e maior depressão e maior impacto da fibromialgia, por outro.

De forma semelhante, Ablin, Gurevitz, Cohen e Buskila (2011) avaliaram e compararam a ocorrência de disfunção sexual em 50 mulheres com fibromialgia e 55 mulheres saudáveis. Porém, recorreram à *Arizona Sexual Experience Scale*, instrumento em que as mulheres com fibromialgia apresentaram menores escores de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual do que as mulheres saudáveis. Foi verificada, entre as mulheres com fibromialgia, correlação positiva entre menor desejo sexual, excitação sexual, satisfação sexual e frequência de orgasmo, por um lado, e maior número de *tender points*, por outro.

Orellana et al. (2008) igualmente se ocuparam da avaliação da disfunção sexual em grupos clínicos e não-clínicos, sendo que se distinguiram de outros autores somente por terem também procurado demarcar seus fatores associados. Integraram a amostra 31 mulheres com fibromialgia, 20 mulheres saudáveis e 26 mulheres com artrite reumatoide, sendo que a coleta de dados envolveu o uso do *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*. Observou-se que as mulheres com fibromialgia e as



mulheres com artrite reumatoide apresentaram maiores escores de disfunção sexual e menores escores de desejo sexual, orgasmo, excitação sexual e prazer sexual do que as mulheres saudáveis. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as mulheres com fibromialgia e as mulheres com artrite reumatoide, mas a gravidade da depressão se mostrou associada à disfunção sexual nas mulheres com fibromialgia.

Aydin et al. (2006) avaliaram relações entre função sexual e sintomas de ansiedade e depressão em 48 mulheres com fibromialgia e 38 mulheres saudáveis. Mais uma vez o *Female Sexual Function Index* foi o instrumento selecionado. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto à prevalência de disfunção sexual entre as mulheres com fibromialgia e as mulheres saudáveis, sendo que as primeiras apresentaram menores escores de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual e maiores escores de dor sexual e depressão do que as segundas. Outrossim, houve correlação negativa entre maior satisfação sexual, por um lado, e maior ansiedade e depressão, por outro.

A pesquisa de Prins, Woertman, Kool e Geenen (2006), desenvolvida com uma amostra de 63 mulheres com fibromialgia e 66 mulheres saudáveis, se propôs a avaliar o funcionamento sexual nas fases do ciclo de resposta sexual. E neste aspecto reside sua principal marca distintiva. A coleta de dados envolveu o emprego do *Questionnaire for Screening Sexual Dysfunctions – Short Form* e os resultados obtidos trouxeram ao conhecimento da comunidade acadêmica o fato de as mulheres com fibromialgia terem apresentado maiores escores de problemas relacionados às fases de desejo e resolução, bem como insensibilidade genital e dor corporal do que as mulheres saudáveis. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto aos escores relacionados às fases de excitação e orgasmo, bem como dor genital entre as mulheres com fibromialgia e as mulheres saudáveis. E o *distress* mental ainda foi

apontado como o principal preditor de problemas sexuais em todas as fases do ciclo de resposta sexual nas mulheres com fibromialgia.

Por fim, Tikiz et al. (2005) intentaram avaliar a função sexual em mulheres com fibromialgia e, mais especificamente, determinar se depressão concomitante exerce efeito negativo adicional sobre tal variável. A amostra, de 40 mulheres com fibromialgia, 27 mulheres com fibromialgia e depressão concomitante e 33 mulheres saudáveis, foi submetida à aplicação do *Female Sexual Function Index*. Os autores relatam que as mulheres com fibromialgia e depressão concomitante apresentaram menores escores de desejo sexual, satisfação sexual, orgasmo, excitação sexual e lubrificação, e maiores escores de dor sexual do que as mulheres com fibromialgia e as mulheres saudáveis, mas não houve diferenças estatisticamente significantes. E foi verificada correlação negativa entre depressão, maior dor e maior satisfação sexual.

Diante do exposto, podemos concluir que, entre as referências selecionadas, há importantes recorrências. Quanto à composição da amostra, a maioria delas privilegiou tanto pacientes com fibromialgia quanto indivíduos saudáveis, sobretudo do sexo feminino. Tal dado sugere de antemão que talvez já se encontre relativamente bem explorada a existência de diferenças entre tais populações em termos da sexualidade. Assim, entendemos que novos estudos poderiam ser mais proveitosos se buscassem compreender mais profundamente a vivência da sexualidade em pacientes com fibromialgia em suas particularidades.

Os instrumentos de autorrelato, no formato de índices, inventários e afins, foram marcadamente priorizados para a avaliação de aspectos relacionados à sexualidade. O mais frequente foi o *Female Sexual Function Index*, elaborado por Rosen et al. (2000), o qual é constituído por 19 itens que avaliam seis domínios da resposta sexual feminina (desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor)

nas últimas quatro semanas. Ressalte-se que nas pesquisas com pacientes do sexo masculino, o instrumento empregado foi o *International Index of Erectile Function*, de Rosen et al. (1997), que abrange, por meio de 15 itens, cinco domínios (função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação com a relação sexual e satisfação sexual em geral) da função erétil.

Instrumentos como esses se caracterizam pela praticidade no que diz respeito à aplicação e à avaliação. Em contrapartida, subsidiam apenas a obtenção de informações concernentes ao que os sujeitos puderem revelar acerca de si – ou seja, sobre o que possuírem conhecimento consciente – e, ainda, se quiserem fazê-lo. Ademais, os instrumentos de auto relato viabilizam a emergência de respostas permeadas por “*faking good*” ou “*faking bad*”, atitudes por meio das quais intencionalmente se pode apresentar mais favorável ou desfavoravelmente (Hogan, 2006). Consequentemente, entendemos que seria interessante se em estudos futuros sobre a sexualidade de pacientes com fibromialgia fosse mais comum o recurso a estratégias de coleta de dados que pudessem proporcionar maior liberdade de expressão aos participantes. Em tese, assim se poderia obter dados relativos ao ponto de vista subjetivo dos mesmos, um relevante componente das variadas significações da sexualidade.

A ênfase em instrumentos de autorrelato antecipa a predominância de pesquisas quantitativas sobre a sexualidade de pacientes com fibromialgia. Considerando tal fato, seriam bem-vindas pesquisas qualitativas dedicadas à temática em questão, pois as mesmas, obviamente se desenvolvidas de acordo com a utilização correta dos procedimentos próprios dessa abordagem, poderiam contribuir para a elucidação da dimensão subjetiva da sexualidade em pacientes com fibromialgia. Afinal, como bem observou Turato (2005), as pesquisas quantitativas em saúde priorizam a mensuração de certas ocorrências – como por exemplo a frequência de determinados sintomas de

disfunção sexual – e, assim, não possibilitam a exploração das múltiplas significações atribuídas às mesmas pelos sujeitos. O fato é que, malgrado tal limitação, muitas pesquisas no campo da saúde, sobre os mais variados assuntos, buscam a objetivação por meio da quantificação para assegurar a validade dos resultados (Taquette & Minayo, 2016).

No que tange aos objetivos das referências, salientamos que os autores de metade delas explicitamente buscaram avaliar a função ou o funcionamento sexual dos sujeitos. Por outro lado, em 5 referências o foco foi a disfunção sexual. De qualquer forma, constatou-se a centralidade do desempenho sexual, “normal” ou “anormal” no contexto das pesquisas sobre a sexualidade de pacientes com fibromialgia. Ou seja, na literatura científica também se verifica a tendência à ênfase na *performance* sexual, a exemplo do que tem ocorrido nos discursos públicos e nas construções sociais sobre sexualidade, segundo Giami (2008), desde o advento de medicamentos que se prestam à melhoria da potência sexual.

Ao menos em tese, competiria às construções científicas sobre a sexualidade discutir e problematizar os discursos públicos e as construções sociais. E, para além desse alerta, cabe pontuar que é possível qualificar a ênfase no tema da *performance* sexual como uma faceta de um processo mais amplo, em pleno curso no campo da assistência e da pesquisa em saúde, o qual, como descreveu Russo (2013), vem promovendo a biologização não apenas da sexualidade, mas também do comportamento humano como um todo. E entendemos que o processo em pauta testemunha que a perspectiva organicista e objetivista defendida pelo modelo biomédico segue vigente a despeito de suas limitações terem sido evidenciadas há décadas quando da proposição do modelo biopsicossocial.

Acerca dos resultados das referências em questão, julgamos válido reforçar que a maioria delas revela que, quando comparados com sujeitos saudáveis, pacientes com fibromialgia – homens ou mulheres – apresentaram maior prevalência de disfunção sexual, evidenciada, por exemplo, por menores escores de desejo sexual, satisfação sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal ou função erétil. Mas é preciso salientar também que insatisfação com o relacionamento afetivo, níveis mais elevados de *distress* mental e depressão e maior número de *tender points* se destacaram como preditores de problemas sexuais. Por outro lado, melhor funcionamento físico e melhor saúde mental se mostraram associados à melhor função sexual.

Diante do exposto, concluímos que, no âmbito das referências selecionadas, predominaram pesquisas quantitativas, desenvolvidas junto a mulheres por meio da aplicação de instrumentos de autorrelato e que, desconsiderando a pluralidade de significações e o aspecto relacional da sexualidade, conferem atenção sobretudo à (dis)função sexual. Esse conjunto de informações se desdobra em questões a serem levadas em conta na realização de novas pesquisas, pois aponta para a necessidade de uma compreensão mais abrangente sobre o assunto, capaz de vir a se contrapor à objetivação e à biologização da sexualidade que imperam na atualidade. E talvez os esforços envidados nesse sentido possam levar a um incremento da prática clínica baseado na superação da tendência à “farmacologização” da vida sexual vigente nos últimos anos.

Como já mencionado, a circunscrição destas tendências entre as referências selecionadas influenciou a definição dos objetivos e do desenho metodológico do presente estudo. Ocorre que, desde o início, estivemos preocupados em conferir-lhe um diferencial, para que pudéssemos ter maiores chances de vir a acrescentar algo novo ao conhecimento científico atualmente disponível sobre a sexualidade de mulheres com

fibromialgia e, assim, contribuir, ainda que de forma pontual, para o preenchimento de lacunas ainda existentes na literatura científica consagrada a tal temática. E ressaltamos que o marco teórico do presente estudo, abordado a seguir, também foi selecionado a partir dessa preocupação.

### 3. MARCO TEÓRICO

Neste segmento do texto, apresentaremos considerações introdutórias, oriundas de diferentes saberes, sobre o “ser mulher”, o “ser mulher de meia-idade” e o “ser mulher com fibromialgia”. Adicionalmente, sintetizaremos algumas formulações psicanalíticas contemporâneas sobre a sexualidade feminina, com ênfase na literatura nacional. Antes disso, porém, buscando proporcionar contexto a tais formulações, circunscreveremos noções básicas sobre a sexualidade na perspectiva de Freud, mas sem a pretensão de contemplar todas as obras do autor em que tal assunto é tratado, pelo que nos limitaremos àquelas que, conforme nossa avaliação, seriam mais proveitosas para a referida finalidade.

Face ao primeiro propósito deste segmento do texto, julgamos importante salientar que, como revelam saberes oriundos do campo da História, diversos discursos permearam as diferenças de gênero nos mais diversos contextos ao longo do tempo. Na cultura ocidental, o “ser mulher” por muitos anos esteve associado ao pecado ou à maternidade, sobretudo em função da cultura cristã (Vainfas, 1986). Além disso, as mulheres eram vistas como símbolos de fragilidade, o que determinava a dependência da figura masculina. Com a instituição do “dote”, as mulheres começaram, por meio da herança, a deter poder econômico, mas ainda sem direitos civis reconhecidos, como bem observou Nazzari (2001). Já no século XVIII, durante a Revolução Francesa, a luta das mulheres por direitos ganhou notoriedade, embora ainda tenha sido predominante a subjugação por meio de discursos morais que limitavam sua liberdade política e sexual, assim como restringiam seu direito à educação (Schmidt, 2012).

Durante os séculos XIX e XX, houve um recrudescimento do movimento feminista, mas este ganharia maior voz e representatividade política mais tarde,

conforme Schmidt (2012). Isso porque foi na segunda metade do século XX que as mulheres passaram a se libertar, gradativamente, de alguns dos antigos jargões que determinavam o que representava o “ser mulher” para se tornarem, então, protagonistas da sua própria história. Autores do campo da Sociologia apontam que essa iniciativa é simbolizada pelo lema “nosso corpo nos pertence”, popularizado nos anos 1960, segundo Giffin (1991). Porém, no Brasil, foi somente na década de 1980 que as mulheres começaram a ganhar mais visibilidade em termos sociais por meio da explicitação de posicionamentos sociais e políticos.

Apesar das importantes conquistas sociais das mulheres ao longo do tempo, na atualidade uma parcela significativa delas vivencia dificuldades determinadas pela convivência com certas questões de saúde predominantemente femininas, dentre as quais a fibromialgia, em especial quando as mesmas se encontram na chamada “meia-idade”, período dos 40 aos 60 anos de idade. Nesta fase da vida, de acordo com saberes provenientes da Medicina, as mulheres experimentam o climatério, durante o qual mudanças hormonais diminuem as taxas de estrogênio e progesterona, além de que ocorrem alterações no aparelho reprodutor que levam ao fim da menstruação, sendo que este fenômeno marca o início da menopausa. Fogachos, sensação de formigamento, fadiga, queda de cabelos, dores articulares e vertigens, dentre outros sintomas, passam, então, a ser comuns (Chaby, 1995).

O encontro do “ser mulher com fibromialgia” com o “ser mulher de meia-idade”, portanto, tende a afetar o cotidiano daquelas que experimentam ambas as condições devido às transformações que pode provocar tanto em termos físicos quanto psíquicos, com efeito cumulativo. Conjugando o corpo fragilizado pela fibromialgia e as transformações determinadas pela meia-idade e, como consequência, pelo climatério e



pela menopausa, implica, assim, em lidar com significativas mudanças corporais com desdobramentos emocionais e, também, relacionais.

Ademais, é importante mencionar que saberes oriundos do campo da Psicologia atestam que, na cultura brasileira, o envelhecer é percebido de maneira pejorativa, muitas vezes como um caminho sem volta para a não-existência, quer seja de homens e mulheres (Mori & Coelho, 2004). Por outro lado, a maturidade, conforme Souza (2005), também pode trazer ganhos em termos cognitivos e psíquicos. Logo, esse quadro multifacetado de vivências na meia-idade é empobrecido quando permeado por discursos que enfatizam apenas as perdas. E entendemos que o mesmo ocorre quando a definição da função do “ser mulher” na sociedade atual permanece atrelada à procriação e à educação dos filhos.

Entendemos também que a Psicanálise, principalmente em seus desenvolvimentos pós-freudianos, tem contribuições relevantes a oferecer para os debates sobre a sexualidade e as demais questões que gravitam em torno desta temática. Afinal, como bem observou Birman (1999), a Psicanálise, desde seu surgimento, originalmente se distanciou da sexologia da segunda metade do século XIX, a qual abordava a sexualidade exclusivamente no registro do comportamento e considerava a maturação biológica dos órgãos genitais sua pré-condição. Ocorre que, ainda para o referido autor, Freud, a despeito de ter encontrado grande resistência no meio médico, sustentou que a sexualidade apresentaria autonomia em relação à reprodução, antes considerada sua finalidade básica, pois teria como objetivo básico a obtenção de prazer.

Em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905/1996) apresentou formulações ousadas para a época ao apontar que, logo no início da vida, as crianças buscariam experimentar um prazer totalmente desvinculado da satisfação de qualquer necessidade fisiológica. Com base nessa constatação, postulou que as crianças seriam

sexualizadas, mas não da mesma forma que os adultos. Isso porque, como alertam Laplanche e Pontalis (2000), a acepção psicanalítica de sexualidade é bastante abrangente, englobando diferentes tipos de excitação afastados do ato sexual propriamente dito e independentes dos órgãos genitais. Nesse sentido, Freud defendeu que a sexualidade infantil se distinguiria por encontrar apoio, a princípio, em certas funções corporais, pelo que as crianças poderiam obter prazer, por exemplo, a partir da sucção do seio da mãe mesmo quando não estivesse em causa o apaziguamento da fome.

As crianças começariam a prescindir do objeto exterior na medida em que se instala o auto-erotismo (Freud, 1905/1996). Nesse processo, como o corpo ainda não é representado como uma unidade, algumas de suas partes – em particular as regiões do revestimento cutâneo-mucoso – passariam a funcionar como zonas erógenas preponderantes. Assim, as zonas erógenas se articulariam mais diretamente aos órgãos genitais somente com o declínio do complexo de Édipo<sup>1</sup>, em que pese o fato desta articulação já existir em certo grau desde o nascimento, como salientou Fenichel (2005). Ademais, Brenner (1987) adverte que as fases do desenvolvimento sexual se fundem e se sobrepõem. Logo, modalidades de gratificação sexual típicas de etapas anteriores são abandonadas apenas gradativamente, ou ainda podem persistir com algumas variações sem necessariamente configurar um fenômeno psicopatológico. E é válido salientar que, em uma etapa posterior de sua obra, Freud (1914/1996), defendeu – em *Sobre o narcisismo: uma introdução* – que o corpo humano como um todo pode se afigurar com zona erógena.

---

<sup>1</sup> É por essa razão que Laplanche e Pontalis (2000) esclarecem que, no âmbito da teorização freudiana, considera-se que a função sexual é mais extensa que a função genital. Porém, admite-se que a segunda possibilita a organização da primeira levando-se em conta que as atividades sexuais características das fases oral e anal são consideradas rudimentos daquelas que emergirão em fases posteriores, ou seja, a sexualidade infantil tem na desorganização uma de suas marcas distintivas.

A partir dessas informações iniciais, podemos concluir que a teorização freudiana inovou não apenas por demonstrar que a sexualidade não se reduz à genitalidade, mas também por apontar que haveria múltiplas possibilidades quanto à sua manifestação, expressão e apresentação, como bem observou Birman (1999). Todavia, o referido autor destacou que Freud não deixou de incorporar às suas formulações certos elementos da visão de mundo vigente em seu tempo, em especial quanto ao lugar social da mulher. Entendemos que é emblemática desse fato a associação entre a masculinidade e a atividade, por um lado, e a feminilidade e a passividade, por outro, reforçada por Freud (1923/1996) em *A organização genital infantil*, mas já veiculada em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

Em *A organização genital infantil*, Freud (1923/1996) igualmente retomou outros de seus pontos de vista anteriores, fazendo-o, por exemplo, ao reiterar a supremacia do falo no desenvolvimento sexual tanto de homens quanto de mulheres. Afinal, tal processo seria, em sua visão, pautado essencialmente pela posse do pênis. Como consequência, a efetiva distinção entre masculinidade e feminilidade somente seria possível na puberdade, pois, antes disso, meninos e meninas se diferenciariam por ter ou não um órgão genital masculino. Na perspectiva freudiana, portanto, as meninas seriam marcadas pela inveja do pênis, sendo que a ausência do mesmo, devido à fantasia de castração, resultaria em tentativas de negação, compensação ou reparação, conforme Laplanche e Pontalis (2000).

Em *A dissolução do complexo de Édipo*, Freud (1924/1996) concluiu que o desenvolvimento sexual de meninas, ainda que também tenha como fenômeno central a problemática edípica, não pode simplesmente ser considerado equivalente ao dos meninos, em contraste com o que se poderia depreender a partir de suas obras anteriores. Nesse sentido, propôs que o estabelecimento de uma equação simbólica

“pênis-bebê” seria, para as meninas, um fator essencial para a instalação do complexo de Édipo. Por meio desta equação simbólica, o desejo de ter um órgão sexual masculino seria substituído pelo desejo de receber um filho como presente da figura paterna. Este desejo, por sua vez, seria abandonado gradativamente. Aprofundando tal linha de raciocínio, em *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925/1996), Freud afirmou que “enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração” (p. 285). Assim, nas meninas, o complexo de castração incentivaria a feminilidade, preparando-as para o papel que, na perspectiva freudiana, lhes caberia posteriormente: a maternidade.

Já em *Sexualidade feminina*, Freud (1931/1996) defendeu que as meninas vivenciariam uma fase pré-edipiana durante a qual manteriam uma ligação intensa e exclusiva com a figura materna. Tal ligação começaria a se desfazer sobretudo quando as meninas constatassem que não seriam dotadas do órgão sexual masculino e atribuísem à figura materna a culpa por essa falta, sendo que, por esse motivo, emergiria uma marcante hostilidade em relação à mesma. Logo, a situação edipiana apenas reforçaria um sentimento acerca da figura materna que se originaria na fase pré-edípica e cuja superação dependeria de eventos posteriores. E Freud acrescentou que o afastamento da figura materna levaria à acentuação das tendências passivas das meninas, o que seria essencial para a aproximação em relação à figura paterna e, após a dissolução do complexo de Édipo, para a consolidação daquilo que considerava a “atitude feminina normal final” (p. 238).

Na obra em questão, Freud (1931/1996) ainda postulou que complicações são inerentes ao desenvolvimento sexual feminino, na medida em que o complexo de castração, nas meninas, abriria três possibilidades. A primeira levaria a uma “revulsão

geral à sexualidade” (p. 237). Já a segunda ensejaria uma “desafiadora superênfatização de sua masculinidade” (p. 238) motivada pela persistente esperança de obter um órgão sexual masculino para si. Somente a terceira possibilidade, por meio da qual as meninas passariam a ter a figura paterna como objeto de amor, levaria à emergência da feminilidade com a dissolução do complexo de Édipo. Ou seja, Freud admitiu que não haveria um paralelismo entre o desenvolvimento sexual masculino e feminino, mas ainda concebeu que ambos gravitariam em torno da presença/ausência do falo.

Em *Feminilidade*, texto que integra as Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Freud (1933[1932]/1996) reafirmou que o estabelecimento da equação simbólica “pênis-bebê” instalaria o complexo de Édipo nas meninas e abriria caminho para a posterior consolidação da feminilidade. Porém, relativizou a associação entre a feminilidade e a passividade, ao apontar que a mesma seria influenciada por determinantes sociais, e também ao esclarecer que, na realidade, o comportamento das mulheres, de modo geral, apenas daria preferência a “fins passivos”. Freud realçou que isso não equivaleria a dizer que as mulheres se caracterizariam pela passividade, visto que uma atitude ativa pode ser necessária para que se possa atingir os referidos “fins passivos”.

No texto em questão, Freud (1933[1932]/1996) ainda afirmou que a Psicanálise “não tenta descrever o que é a mulher – seria esta uma tarefa difícil de cumprir – mas se empenha em indagar como é que a mulher se forma” (p. 117). Tal afirmação demarca a razão pela qual, ao longo de sua obra, o autor optou por dedicar mais atenção ao desenvolvimento sexual feminino na infância do que à sexualidade das mulheres na idade adulta. Não obstante, *Feminilidade* traz ao menos dois breves apontamentos a esse respeito. Em primeiro lugar, porque Freud sugeriu que se observa em muitas mulheres na maturidade a alternância de períodos em que predominam a masculinidade

ou a feminilidade, o que seria explicado por fixações na fase pré-edipiana. Em segundo lugar, porque Freud relatou ter verificado maior inclinação ao narcisismo em mulheres do que em homens, pelo que, as mesmas comumente mais necessitariam ser amadas do que amar.

Finalizando nossa breve incursão pelos textos freudianos que consideramos mais pertinentes para contextualizar as formulações psicanalíticas sobre a sexualidade feminina que serão contempladas a seguir, cabe aqui sublinhar que, em *Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna*, Freud (1908/1996) voltou sua atenção aos aspectos sociológicos da sexualidade. Ao fazê-lo, o autor asseverou que as pessoas em geral sofreriam uma “repressão nociva” determinada pelas exigências da civilização, a qual faria com que apenas a atividade sexual praticada em prol da reprodução no contexto de um casamento pudesse ser admitida. Porém, Freud destacou que este regime sexual resultaria em uma “moral dupla”, pois as transgressões masculinas seriam mais toleráveis do que as femininas, o que foi objeto de crítica na medida em que tal fato atestaria que a própria sociedade não considera exequíveis as restrições que apregoa no tocante à sexualidade.

Diante do exposto, destacamos que é preciso levar em consideração que as mulheres do início do século XX, da qual Freud se ocupou, são diferentes, em vários aspectos, das mulheres do início do século XXI. Ao menos em parte, tal fato se relaciona ao efetivo ingresso da população feminina no mercado de trabalho após a II Guerra Mundial. Para Aran (2003), este fenômeno, ainda que seja um reflexo do crescimento econômico dos países capitalistas, também sinaliza um movimento, por parte das mulheres, de configuração de uma nova identidade feminina a fim de não mais resumi-la à maternidade e ao cuidado do lar. Não obstante, a referida autora admite que foi somente a partir da década de 1960, com o advento da pílula anticoncepcional, que

ter filhos efetivamente deixou de ser um destino e passou a ser uma escolha para as mulheres.

Nesse novo cenário, o que a Psicanálise teria a dizer sobre a sexualidade feminina? Autores contemporâneos têm procurado responder a essa pergunta apresentando possibilidades de compreensão acerca do feminino que avançam para além das formulações freudianas. Birman (1999), por exemplo, o faz estabelecendo aproximações entre as mulheres da década de 1980 e *Carmen*, a personagem-título da ópera de Georges Bizet que estreou em Paris em 1875. Para o autor, ambas sinalizam que o “ser mulher” deveria ser conformado positivamente pelo desejo feminino, e não negativamente pela ausência do pênis. E entendemos que tal assertiva se aplica as mulheres das primeiras décadas do século XXI. Assim, a feminilidade somente poderia ser reconhecida e vivenciada se mantida a devida distância do referencial masculino e do ideal fálico. Logo, a maternidade não se afiguraria como a única saída para a suposta castração, mas, sim, como um dos diversos desdobramentos possíveis do desejo feminino.

Para Birman (1999), *Carmen* coloca em relevo o fato de que a sensualidade da mulher não estaria a serviço do aprisionamento do homem, pelo que a guerra entre os sexos se revelaria sem sentido. Ocorre que a personagem em questão vê o homem como um ser com o qual se pode trocar afeto em igualdade de condições e, assim, busca conferir à relação amorosa em um sentido mais amplo, bem como ao ato sexual propriamente dito, um caráter mais lúdico. E este seria um desejo também presente nas mulheres contemporâneas, até mesmo porque a sensualidade feminina, ao longo do século XIX, foi objeto de diversas tentativas de controle social por meio de práticas educativas, algumas delas inspiradas em preceitos oriundos das religiões, visto que era

associada à indecência e, conseqüentemente, considerada um obstáculo ao matrimônio e à maternidade.

Mas, considerando-se que *Carmen* é uma mulher jovem, a seguinte questão se impõe: o que a Psicanálise teria a dizer sobre a sexualidade feminina especificamente na menopausa? Em um estudo que trata desta questão, Furtado (2001) defende que a mulher, na atualidade, tem acesso a posições subjetivas que antes eram inviáveis em um contexto histórico que restringia à maternidade seu papel na sociedade. Porém, a menopausa, por envolver a interrupção da função reprodutora, parece ainda ser associada à perda da feminilidade. Segundo a autora, tal paradoxo potencializaria transformações psíquicas decorrentes de mudanças hormonais, dentre as quais a intensificação de uma lógica narcisista que traria à tona uma intensa “demanda de amor” em resposta ao medo da perda do lugar de objeto de desejo.

Laznik (2012) também se debruçou sobre a sexualidade feminina na menopausa e, em linhas gerais, sua conclusão é que, em função de dois fatores básicos, esta etapa da vida implicaria em uma importante modificação da economia libidinal, a qual ensejaria a inibição da sexualidade. Em primeiro lugar, porque na menopausa a imagem corporal das mulheres tende a se transformar negativamente devido a mudanças vivenciadas pelas mesmas como sinais da diminuição da própria beleza. Em segundo lugar, porque em muitos casos ocorreria uma reedição do complexo de Édipo determinada pela eclosão de fantasmas incestuosos. Não obstante, para algumas mulheres a impossibilidade de gerar filhos advinda da menopausa permitiria o redescobrimento do desejo sexual pelo parceiro.

Já Negreiros (2004), articulando aportes teóricos oriundos da Psicanálise, da Antropologia e da Psicologia Social, discute as particularidades da sexualidade ao longo do envelhecimento e, assim, destaca que as mulheres, a partir da meia-idade, tendem a



ser avaliadas de forma depreciativa pela suposta perda de seus “encantos naturais”. Além disso, sublinha que, nesta etapa da vida, teria início, para muitas delas, um processo de redirecionamento da sexualidade para “fins socialmente compatíveis com o universo tradicionalmente feminino” (p. 82). Como consequência, passaria a haver um maior investimento em tarefas relativas à família – incluindo desde o auxílio na criação dos netos até o cuidado dos pais – ou em atividades religiosas, por exemplo. Ainda que a autora não o tenha afirmado explicitamente, em nosso entendimento o processo em questão claramente se afigura como uma forma de sublimação, sendo que tal conceito foi utilizado por Freud para aludir à “capacidade de substituir uma meta sexual originária por outra não sexual, porém psiquicamente a ela atrelada” (Freud, 1908/2007, p.168).

A propósito, Goldfard (1998), ao explorar questões concernentes ao envelhecimento a partir da perspectiva psicanalítica, sustenta que a sublimação é uma das poucas estratégias das quais um indivíduo pode lançar mão para garantir a manutenção de um sentido à própria existência quando a possibilidade da finitude se aproxima. Em contrapartida, importantes modificações na distribuição da libido ocorreriam neste momento da vida, dificultando a sublimação e ainda fazendo com que muitos idosos simplesmente acabem por renunciar aos mais variados prazeres, inclusive àqueles relativos à sexualidade. Nesse caso, tal renúncia estaria intimamente associada a perdas que dizem respeito ao corpo e começam a ser vislumbradas, sobretudo, a partir dos 50 anos de idade – antes da velhice se instalar, portanto – por meio de uma sensação de estranhamento frente ao espelho que é chamada pela autora de “espelho negativo”.

Adicionalmente, é preciso considerar que a sexualidade – tanto masculina quanto feminina, em qualquer etapa do ciclo vital – não deve ser apartada do quadro geral das manifestações contemporâneas do erotismo. Transitando entre a Psicanálise, a

Filosofia e a Sociologia, Mezan (2008) sublinha que o erotismo, se afigurando como a dimensão estética da sexualidade, apresenta variações em função da época e da cultura. E o autor aponta que, na atualidade, o erotismo invadiu a publicidade e a indústria do entretenimento de uma forma tão acentuada que a via para o prazer sexual gradativamente teria deixado de ser individualizada, passando a ser massificada segundo modelos que estabelecem não apenas quais são os atributos físicos indispensáveis a um corpo belo e desejável, mas também qual é a melhor forma de desfrutá-lo.

Também articulando a Psicanálise a outros saberes, Costa (2004) acrescenta contribuições originais ao debate sobre a sexualidade na atualidade ao sublinhar que vivemos hoje sob a égide da chamada “moral do espetáculo”, a qual estabelece que as imagens possuem um valor *per se* e, como consequência, o sujeito contemporâneo torna-se “um espectador passivo de um mundo de aparências” (p. 227). O corpo, assim, é considerado digno do interesse alheio somente enquanto jovem e saudável, além de que deve se apresentar com uma fachada compatível com as tendências em voga, oferecendo-se como uma espécie de mercadoria. O autor defende ainda que isso ocorre porque a partir dos filtros estabelecidos pelos meios de comunicação de massa é que se apreenderia a forma mais apropriada de amar, relacionar-se afetivamente ou viver sexualmente.

Por fim, cumpre assinalar que, a exemplo de Mezan (2008) e Costa (2004), Valença (2003) explora intersecções da Psicanálise com outras disciplinas que elegem o ser humano como objeto de estudo, buscando, com isso, elucidar certas nuances da sexualidade na contemporaneidade. A autora se diferencia por contemplar a cultura narcísica e suas ressonâncias especificamente na configuração da feminilidade, sendo que, a partir de tal perspectiva, argumenta que o corpo da mulher seria erotizado em

excesso na atualidade, na medida em que possuiria o *status* de objeto de consumo. Como consequência, emergiria como uma nova referência de feminilidade a chamada “mulher corpo-sexo”, segundo a qual a sexualidade deveria ser usufruída sem limites. Porém, tratar-se-ia de uma referência que, revelando-se inacessível para muitas mulheres, implicaria em sofrimento psíquico, ou, podendo ser vivenciada, conduziria a um sentimento de vazio.

Em suma, entendemos que as formulações psicanalíticas contemporâneas sobre a sexualidade feminina que sumarizamos aqui – e retomaremos mais adiante na perspectiva do diálogo com outros saberes para o cotejamento dos resultados obtidos no presente estudo – avançam em relação às teses freudianas sobre a temática, mas não implicam na atribuição de uma suposta obsolescência às mesmas como um todo. Ocorre que tais formulações partem de dois princípios básicos: (1) o desenvolvimento sexual – tanto masculino quanto feminino – demanda o percurso de um longo caminho que se inicia logo na infância e (2) não há identidade entre sexualidade e genitalidade. E ambos os princípios, atualmente aceitos inclusive por muitos autores que não se enquadram no campo da Psicanálise, foram originalmente estabelecidos por Freud.

Há que se levar em conta ainda que a associação preconizada na teorização freudiana entre o “ser mulher” e o “ser mãe” deriva de um contexto histórico específico, em que de fato havia um espaço social restrito para a mulher, o que favorecia sua adesão ao casamento e à maternidade. Nessa mesma linha de raciocínio, Emídio (2011) observou que a primazia do falo que se pode depreender da obra de Freud decorre diretamente do patriarcalismo vigente ao longo do século XIX. Por fim, cumpre assinalar que Freud teve o mérito de criticar o regime sexual instaurado por uma determinada moral inatingível – resultante de certas construções sócio-históricas – que, à sua época, afetava sobretudo as mulheres, assim como acreditamos que ocorre na

atualidade. E tal crítica, de forma progressista, se apoiava na premissa de que a privação sexual representaria fonte de sofrimento psíquico, em contraste com o que defendiam e ainda defendem muitas religiões (Santos & Ceccarelli, 2010).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

O objetivo geral do presente estudo foi compreender a vivência da sexualidade em um grupo de mulheres com fibromialgia conforme a perspectiva das mesmas.

### **4.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos do presente estudo foram capturar e interpretar fenômenos relativos à vivência da sexualidade nos termos construídos e descritos por um grupo de mulheres com fibromialgia. Consequentemente, a sexualidade não foi tomada como um fenômeno em si, bem como não nos preocupamos em quantificar ocorrências de comportamentos ou eventos relativos à vida sexual, mas, sim, buscamos obter um entendimento sobre como estes eram representados pelas participantes. Mais especificamente, buscamos compreender de que forma, para as mesmas, a fibromialgia repercute no plano das experiências concernentes à sexualidade, esclarecendo possíveis relações de sentido.

## 5. MÉTODO

### 5.1. Desenho metodológico

O presente estudo se insere no campo das pesquisas qualitativas. Segundo Rey (2000), as pesquisas qualitativas visam à exploração de fenômenos que “existem em inter-relações complexas e dinâmicas que, para serem compreendidas, exigem o seu estudo integral, e não sua fragmentação em variáveis” (p. 50). Portanto, o pesquisador, no desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, não assume como meta enumerar eventos observados em situações artificiais e tampouco emprega instrumental estatístico na análise dos dados, mas, sim, busca abrir espaço para a voz dos participantes e elevá-los à condição de protagonistas na construção de conhecimento sobre fenômenos que devem ser contemplados em sua totalidade e no contexto de interações da vida cotidiana (Flick, 2009).

Mais especificamente, o presente estudo segue as propostas básicas do método clínico-qualitativo proposto por Turato (2003). Basicamente, trata-se, conforme o referido autor, de um refinamento, voltado aos *settings* das vivências em saúde, dos métodos qualitativos oriundos das Ciências Humanas. Ademais, é importante destacar que as pesquisas clínico-qualitativas possuem bases paradigmáticas sócio-antropológicas e apresentam diversas especificidades. Turato (2000) esclarece cada uma delas ao sublinhar que:

- 1) O foco reside em capturar e interpretar os sentidos e os significados provenientes das vivências dos participantes em relação à saúde;
- 2) O ambiente natural dos participantes, em especial o local cotidiano de prestação de cuidados em saúde, é o ideal para a coleta de dados;

- 3) O pesquisador deve demonstrar sensibilidade e disponibilidade para, por meio de uma atitude clínica, permitir o acolhimento dos participantes de modo que os mesmos possam revelar conteúdos pessoais com segurança;
- 4) Aportes psicanalíticos auxiliam tanto na coleta de dados, viabilizando a referida atitude clínica, quanto na análise de dados, fornecendo ferramentas para a exploração de aspectos psicodinâmicos;
- 5) O pesquisador se afigura como instrumento ativo da pesquisa, pois participa da relação interpessoal em que se dá a coleta de dados e deve recorrer a seus conhecimentos e experiências na análise de dados;
- 6) O pesquisador pode fazer uso de variados métodos para a abordagem dos participantes ou de diferentes referenciais teóricos para a análise de dados;
- 7) O interesse do pesquisador volta-se mais aos processos do que aos produtos, de forma que deve buscar a estrutura latente dos fenômenos em estudo;
- 8) O método possui natureza prática e teórica concomitantemente, de forma que o pesquisador deve articular as teorias que adotou como ponto de partida e suas observações empíricas;
- 9) O método é dialético, transitando entre o indutivo e dedutivo e, assim, entre o geral e o particular;
- 10) O pesquisador deve buscar captar os fenômenos em estudo de uma forma que reflita a autenticidade dos mesmos, mantendo, porém, uma atitude flexível a outras possibilidades de compreensão;
- 11) A descrição e a interpretação dos dados devem ser concomitantes e diretamente apoiadas nos mesmos e

- 12) As possibilidades de generalização se referem às conclusões e devem ser ponderadas pelos leitores para fenômenos e contextos semelhantes, não sendo determinadas pelo pesquisador a partir dos resultados.

## 5.2. Participantes

Foram incluídas entre as participantes do presente estudo oito mulheres que preenchiam os seguintes critérios: (1) apresentavam diagnóstico de fibromialgia há, no mínimo, seis meses, (2) possuíam de 40 a 60 anos de idade e (3) eram alfabetizadas. Não houve restrições em relação à classe social, profissão, estado civil, orientação sexual ou qualquer outro aspecto na seleção das participantes. A Tabela 1 apresenta a caracterização de cada uma delas em termos de idade, escolaridade, estado civil/filhos e tempo de diagnóstico/suspeita, de forma que revela que a maioria era casada, se situava na faixa dos 50 anos e se dedicava a atividades do lar. Todas tinham filhos e a escolaridade e o tempo de diagnóstico/suspeita foram variados.

As participantes foram recrutadas, obviamente com a devida autorização institucional, junto aos arquivos da Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região (ARUR), uma organização não-governamental que presta assistência gratuita ao público-alvo. Quando a consulta aos arquivos possibilitou a localização de oito mulheres consideradas elegíveis por preencherem os critérios já referidos, as mesmas foram convidadas para uma apresentação do estudo, durante a qual foram informadas sobre os objetivos, os procedimentos e os cuidados éticos. É preciso esclarecer que este número de participantes foi definido para permitir, no grupo empregado como *locus* para a coleta de dados, o contato visual entre todas elas e viabilizar uma discussão aprofundada dos temas abordados.



Tabela 1

*Caracterização das participantes, por idade, escolaridade, ocupação anterior/atual, estado civil, filhos e tempo de diagnóstico/suspeita*

<b>Nome (fictício)</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação anterior/atual</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Filhos</b>	<b>Tempo de diagnóstico/suspeita</b>
Antônia	54 anos	Ensino fundamental completo	Balconista/ Licença	Casada	2	2 anos  (suspeita 10 anos)
Ione	56 anos	Ensino superior completo (Pedagogia)	Professora/Aposentada (artesanato)	Divorciada	2	6 anos
Fernanda	54 anos	Não informado	Do lar	Casada	2	14 anos
Márcia	52 anos	Ensino médio completo	Do lar	Casada	2	20 anos
Norma	45 anos	Ensino fundamental completo	Doceira/Do lar	Casada	3	5 anos  (suspeita 15 anos)
Rosana	51 anos	Ensino médio incompleto	Executiva/Do lar	Casada	2	21 anos
Solange	52 anos	Ensino fundamental incompleto	Quitandeira/ Do lar	Casada	3	11 anos  (suspeita 21 anos)

### 5.3 Coleta de dados

Como já mencionado, um grupo serviu como *locus* para a coleta de dados do presente estudo. Este grupo apresentou as características básicas de um grupo psicanalítico de discussão, de forma que é possível enquadrá-lo como tal. São elas: (1) ter seus encontros iniciados com alguma atividade proposta pelo coordenador para despertar associações e, ao mesmo tempo, circunscrever a temática a ser abordada, (2) possuir tempo limitado e (3) assumir como “tarefa explícita o compartilhamento de ideias, de forma horizontal entre os participantes” (Emilio, 2010, p. 35). Portanto, o grupo psicanalítico de discussão, lato senso, pode ser considerado um tipo específico de grupo com finalidades operativas.

O grupo foi coordenado pela pesquisadora conforme planejamento elaborado juntamente com o orientador desta dissertação. Foram realizados, no total, quatro encontros do grupo, com cerca de uma hora e trinta minutos cada, em datas e horários definidos de acordo com a disponibilidade das participantes. Os encontros foram realizados na sede da ARUR e sem ônus para as participantes, posto que a pesquisadora arcou com as despesas relativas ao transporte das mesmas. Todos os encontros foram gravados em áudio com a autorização das participantes.

Cada um dos quatro encontros do grupo teve uma finalidade própria. No primeiro foi priorizada a construção de vínculos, além de que foi empregado o Desenho-Estória com Tema como principal recurso mediador. Trata-se de um procedimento baseado em processos expressivo-motores e aperceptivo-dinâmicos, na medida em que envolve: (1) a solicitação de um desenho com um tema determinado e uma estória a respeito do mesmo, o que constituirá uma unidade de produção e (2) a realização de um inquérito sobre o desenho e a estória e (3) a solicitação de um título para a estória (Aiello-Vaisberg, 1999).

O segundo encontro teve como objetivo principal promover uma discussão sobre o “ser mulher e a sexualidade” a partir do recurso às seguintes questões norteadoras: (1) “Para você, o que é ser mulher”? (2) “Que experiência de sua vida você poderia compartilhar conosco que exemplificaria o que é ser mulher?”, (3) “Para você, o que é sexualidade” e (4) “Que experiência de sua vida você poderia compartilhar conosco que exemplificaria o que é sexualidade?”.

O terceiro encontro foi destinado, basicamente, à discussão sobre o “ser mulher com fibromialgia e a sexualidade” com base nas seguintes questões norteadoras: (1) “Para você, o que é ser mulher com fibromialgia”? , (2) “Em que aspectos a fibromialgia mais diretamente influenciou você em relação ao ser mulher”? , (3) “Que experiência de sua vida você poderia compartilhar conosco que exemplificaria o que é ser mulher com fibromialgia?”, (4) “Em que aspectos a fibromialgia mais diretamente influenciou você em relação à sua sexualidade?”.

No quarto e último encontro buscou-se retomar e concluir a discussão sobre o “ser mulher com fibromialgia e a sexualidade” empregando a música *Amor e sexo*, de Rita Lee e Roberto Carvalho, como disparador. Este encontro também teve como objetivo realizar o fechamento do grupo e a avaliação da experiência. Ademais, é preciso salientar que, ao final de cada encontro, foi disponibilizado um momento para que, por escrito, cada uma das participantes pudesse responder aos seguintes questionamentos: (1) “Como foi para você estar no grupo hoje? ” e (2) “Você gostaria de acrescentar algo em relação ao que você já disse no grupo hoje?”.

## 5.4 Análise de dados

As gravações em áudio dos encontros do grupo foram transcritas, integral e literalmente, constituindo, assim, o *corpus* do presente estudo<sup>2</sup>. Posteriormente, as transcrições foram analisadas segundo os procedimentos metodológicos estabelecidos pela análise de conteúdo segundo as recomendações de Bardin (1979). São eles: (1) leitura flutuante dos dados e formulação de hipóteses iniciais (pré-análise), (2) agregação dos dados em categorias preliminares (exploração do material) e (3) definição das categorias, demarcação de conteúdos latentes e manifestos e elaboração de inferências (tratamento dos resultados). Esclarecemos que as categorias correspondem a agrupamentos dos relatos dos participantes organizados pelos pesquisadores por dedução frequencial, com base na constatação de repetições numéricas, ou por análise categorial, a partir da identificação de equivalências e similaridades, sendo que adotamos essa segunda opção no presente estudo.

Salientamos ainda que a análise de conteúdo é considerada uma técnica compatível, do ponto de vista epistemológico, tanto com as características gerais das pesquisas qualitativas quanto com as especificidades pesquisas clínico-qualitativas, pois valoriza a análise de dados na perspectiva dos participantes, e não na cosmovisão do pesquisador (Campos & Turato, 2009). Ademais, também devido ao nosso alinhamento às propostas do método clínico-qualitativo, buscaremos descrever e interpretar os resultados de forma concomitante, transitar entre o geral e o particular e conjugar saberes oriundos de diferentes campos quando da apreciação dos resultados obtidos, sempre em conexão com o contexto fornecido pelas relações interpessoais estabelecidas

---

<sup>2</sup> Em contraste com o que havíamos cogitado em uma etapa inicial do estudo, optamos por não incluir no *corpus* as produções gráficas obtidas por meio da utilização do Desenho-Estória com Tema e as respostas registradas por escrito pelas participantes face aos questionamentos apresentados ao final de cada encontro, pois consideramos que fazê-lo geraria redundâncias, na medida em que as transcrições dos encontros do grupo se revelaram suficientemente informativas para que nossos objetivos pudessem ser atingidos.

no âmbito do grupo que empregamos como *locus* para a coleta de dados, pelo que apresentaremos uma síntese dos principais acontecimentos de cada encontro.

## 6. CUIDADOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 1.240.462). Todas as participantes formalizaram sua anuência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que consta do Apêndice. Tal documento registrou o compromisso com a preservação do sigilo quanto à identidade das participantes e com a oferta gratuita de um atendimento psicológico focal a ser prestado com a finalidade específica de prover apoio e ventilação dos sentimentos suscitados se a coleta de dados ocasionalmente acarretasse qualquer espécie de desconforto emocional. Igualmente foi garantido às participantes o direito de declinar da participação no estudo a qualquer momento sem qualquer espécie de prejuízo<sup>3</sup>. Por fim, é preciso salientar que, também como cuidado ético, as participantes foram informadas de que os assuntos abordados nos encontros do grupo deveriam ficar restritos ao próprio grupo.

---

<sup>3</sup> Nenhuma participante solicitou o referido atendimento psicológico ou declinou da participação no estudo.

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1 Descrição geral dos encontros do grupo**

A seguir será apresentada uma descrição geral dos principais acontecimentos de cada um dos encontros do grupo. Nesse sentido, é importante salientar que o primeiro encontro teve a presença de sete participantes (Rosana, Solange, Norma, Márcia, Fernanda, Antônio e Ione). E, na primeira atividade proposta, cada uma delas deveria se apresentar, comunicando ao grupo alguma característica pessoal, bem como deveria mencionar algo que considerava importante para que pudesse se sentir confortável no grupo. Todas elas salientaram que o sigilo seria essencial nesse sentido.

Quanto às apresentações de cada uma delas, cumpre assinalar que Rosana descreveu-se como sendo uma pessoa “forte”, “determinada”, “batalhadora”, que “não pára nunca”, “corajosa” e “vitoriosa”. Solange disse ser uma mulher “lutadora”, “trabalhadora” e que “luta mesmo com muitas dores, mas confia em Deus e nos médicos para descobrir a cura”. Norma caracterizou-se como “ativa”, “cheia de esperança” e “com um futuro promissor”, assim como Márcia, que também se definiu como “ativa” e “cheia de esperança em um futuro sem dor”. Antônio apresentou-se como “batalhadora” e Ione como “ativa” e “decidida”, pois disse que, mesmo afastada do trabalho aguardando aposentadoria, procura outras atividades para preencher o tempo e enfrentar a fibromialgia.

Na sequência das apresentações, o Desenho-Estória com Tema foi utilizado conforme planejado. As participantes foram solicitadas a desenhar uma “mulher com fibromialgia” e, posteriormente, a elaborar uma estória sobre o desenho. Depois as participantes foram convidadas a compartilhar suas produções com o grupo. Nesse momento foi realizado o inquérito, bem como foi solicitada a criação dos títulos das estórias.

Todas as participantes se colocaram como o personagem principal do desenho e da história e, assim, abordaram as suas próprias histórias de vida. Houve diversos pontos de convergência, desde os primeiros momentos após o diagnóstico até os desafios cotidianos associados à fibromialgia, o sofrimento causado pela dificuldade de atingir uma “cura” e também devido ao olhar do outro, que não valoriza um corpo que “não é mais o mesmo”. Mas vale destacar que todas as histórias foram permeadas por relatos de esperança em uma “cura” que, se não “nesta vida”, seria encontrada “após a morte”. O encontro transcorreu e também foi finalizado em um clima muito agradável, na expectativa dos próximos encontros.

O segundo encontro teve a presença de quatro participantes (Rosana, Márcia, Ione e Norma). As demais justificaram a ausência por motivos variados. A primeira proposta apresentada ao grupo foi relembrar o que havia sido mais marcante no encontro anterior. As participantes destacaram o mal-estar frente à rejeição do outro, quando este não valida a fibromialgia como uma “dor real”, e mencionaram que ouvir relatos de pessoas que vivenciam experiências semelhantes é consolador, assim como é enriquecedor conhecer novos modos de lidar com as mesmas. A seguir, iniciou-se a discussão sobre a temática proposta para este encontro, o “ser mulher e a sexualidade”, sendo que as questões norteadoras anteriormente mencionadas foram utilizadas conforme planejado.

O “ser mulher” foi descrito como ser “forte”, “uma rocha”, “sensível”, “cuidadora”, alguém “que vai à luta” e “faz muitas coisas ao mesmo tempo”. Porém, as participantes salientaram igualmente que é possível “ser mulher” e não deter essas características. Ao discutir mais especificamente o “ser mulher e a sexualidade”, a repercussão negativa da síndrome na vida sexual das participantes foi abordada de imediato pelas mesmas, já antecipando a temática que estava prevista para o terceiro



encontro. Nesse sentido, a dor foi apontada como um fator que influencia a vida sexual, mas uma única participante reportou que experimenta dor no ato sexual propriamente dito.

Já no terceiro encontro estiveram presentes seis participantes (Norma, Márcia, Rosana, Ione, Antônia e Solange). Iniciou-se com a proposta de sintetizar para as ausentes no último encontro o que fora discutido anteriormente. A seguir, antes de recorrer às questões norteadoras planejadas para o terceiro encontro, as participantes foram solicitadas a resgatar e compartilhar lembranças sobre experiências relativas à sexualidade antes da fibromialgia. Tal estratégia foi empregada porque os relatos apresentados até o momento se limitavam ao período posterior à confirmação do diagnóstico. De modo geral, as participantes então relataram, em um primeiro momento, que antes eram “mulheres sem limites”, ao passo que, após a fibromialgia, passaram a se sentir limitadas em várias esferas da vida, incluindo a capacidade para a realização de atividades cotidianas.

Em um segundo momento, com o recurso às questões norteadoras, as participantes passaram a relatar insatisfação quanto aos diversos métodos de tratamento para a fibromialgia ao qual já haviam se submetido, sendo que muitos efeitos colaterais foram citados. A partir disso, relataram insatisfação também com seus parceiros, o que influenciaria tanto a relação afetiva quanto a atividade sexual. Porém, acrescentando ao que havia sido discutido no encontro anterior, fatores sociais e culturais foram apontados pelas participantes como relevantes, no sentido de que exerceriam uma influência negativa no desenvolvimento de sua sexualidade.

No quarto encontro, por fim, seis participantes estiveram presentes (Rosana, Solange, Norma, Márcia, Antônia e Ione). Inicialmente, algumas delas relataram conflitos na família e problemas de saúde, em função dos quais havia sido difícil

conseguir comparecer ao encontro do grupo naquele dia. Posteriormente, as participantes ouviram a música *Amor e sexo* e receberam uma via impressa da letra para poder acompanhá-la melhor. Em contraste com o que havia sido planejado, no entanto, a discussão promovida por tal disparador possibilitou a retomada da questão do “ser mulher com fibromialgia e a sexualidade” de forma mais indireta. Os relatos das participantes foram permeados por uma marcante influência religiosa e moral, sobretudo a propósito do estabelecimento de diferenças entre o amor e o sexo, como será detalhado mais adiante. As participantes então foram solicitadas a avaliar abertamente a experiência no grupo, e o fizeram de modo positivo, sendo que, na sequência, se despediram afetuosamente.

## **7.2 Categorias decorrentes da análise de conteúdo**

Como já mencionado, as transcrições das gravações em áudio dos encontros do grupo foram analisadas segundo os procedimentos metodológicos estabelecidos pela análise de conteúdo. A análise categorial realizada conduziu, em função das características do material, à configuração de três categorias, as quais foram nomeadas da seguinte forma: (1) “Se fosse com amor...” (2) “Maria das Dores” e (3) “Amor e sexo”. A seguir serão apresentadas – com a utilização de diversos relatos das participantes como recurso ilustrativo da argumentação desenvolvida – e discutidas as especificidades de cada uma dessas categoriais

### **7.2.1 “Se fosse com amor...”**

Esta primeira categoria reúne relatos que, de forma direta ou indireta, dizem respeito ao impacto da fibromialgia na sexualidade das participantes conforme descrito pelas mesmas. Com base nesses relatos, constata-se que tal impacto, invariavelmente,

foi classificado como negativo. Para a maioria das participantes, a síndrome – em grande parte devido à dor crônica e generalizada, mas não apenas – reduziu significativamente o desejo sexual, ou até mesmo o eliminou por completo, como se vê nos Relatos 1, 2, 3 e 4. Como consequência, as participantes admitiram que comumente recusam relações sexuais com seus companheiros, ou então procuram se esquivar – fingindo que estão dormindo, por exemplo – de eventuais tentativas de aproximação física empreendidas pelos mesmos com essa finalidade. Os Relatos 5 e 6, nesta sequência, ilustram esses resultados.

Relato 1: “Mudou tudo [o desejo sexual após a fibromialgia] porque as dores não te dão estímulos, porque tem dia que não tem estímulo nenhum, só a dor, é uma merda” (Solange)

Relato 2: “Eu perdi foi é tudo [o desejo sexual]” (Rosana)

Relato 3: “Mudou tudo [o desejo sexual após a fibromialgia], aí virou uma geladeira” (Ione)

Relato 4: “Um *freezer*!” (Norma)

Relato 5: “Aí [quando o companheiro demonstra interesse em sexo] você fala ‘dorme aí, pelo amor de Deus’ ” (Norma)

Relato 6: “Aí [quando o companheiro demonstra interesse em sexo] você fica enrolando, enrolando...” (Rosana)

É interessante salientar que, após a veiculação do Relato 5, todas as participantes riram, mas sinalizaram concordância com seu conteúdo. Outrossim, cabe aqui mencionar que as palavras escolhidas por Ione e Norma podem ser consideradas bastante significativas, pois claramente foram empregadas para transmitir, metaforicamente, a ideia de que tais participantes entendem que se tornaram *frias* após a fibromialgia. E *frias* e *frígidas* são adjetivos que possuem sentidos e sonoridades semelhantes, na medida em que aludem, na linguagem popular e médica, respectivamente, a uma condição de ausência de desejo sexual em mulheres<sup>4</sup>. A propósito, tal condição não é exclusiva da população feminina, de forma que também se pode qualificar homens como *frios* ou *frígidos*.

O fato de as participantes terem referido que experimentaram uma marcante redução do desejo sexual depois de acometidas pela síndrome é compatível com os achados de diversas pesquisas detalhadas anteriormente na revisão da literatura. Afinal, Blazquez et al. (2015) verificaram que mulheres com fibromialgia tendem a níveis baixos de frequência sexual e níveis elevados de evitação sexual, sobretudo quando apresentam fadiga crônica concomitante. Já conforme Yener et al. (2015) e Tutoglu et al. (2014), mulheres com fibromialgia tipicamente se caracterizam por menores escores de desejo sexual do que mulheres saudáveis. Aydin et al. (2006) acrescentaram que isso se aplica em especial em mulheres também diagnosticadas com depressão. E em homens a fibromialgia igualmente tende a repercutir de modo negativo no funcionamento sexual (Batmaz et al., 2013; Rico-Villademoros et al., 2012).

---

<sup>4</sup> Faz-se necessário mencionar que a palavra *fria* também é usada para dizer de uma pessoa cruel, mas, considerando-se o contexto, obviamente não é o caso.

Porém, algumas participantes do presente estudo sinalizaram que, a despeito da dor crônica e generalizada que vivenciam, poderiam se mostrar mais disponíveis para relações sexuais se seus companheiros agissem de modo mais carinhoso e atencioso durante o dia como um todo, e não apenas quando têm interesse em sexo, como se vê nos Relatos 7, 8 e 9. Cumpre assinalar que, a partir do primeiro deles, pode-se depreender certa indignação, visto que o mesmo foi apresentado em tom de denúncia. A palavra usada por Antônia para tanto torna patente tal fato, pois *montar* é um termo que, normalmente, se utiliza para fazer referência tanto ao comportamento de acasalamento em animais quanto à prática de montaria em cavalos, por meio da qual o animal é dominado e conduzido de acordo com os interesses do cavaleiro. Em nosso entendimento, pode-se depreender, da escolha dessa palavra, que eventuais tentativas de aproximação física são sentidas como afastadas do plano afetivo do relacionamento conjugal pela participante em questão.

Relato 7: “[...] mas eu acho que, se fosse com amor, você chegaria até a namorar até todos os dias, é [...] gostoso, mas não, você não ganha um beijinho [do companheiro] durante o dia, você não ganha um abraço, aí a noite quer ‘montar’! Aí tudo vai doer!” (Antônia)

Relato 8: “[...] Durante o dia, aí não tem um carinho, não tem atenção, pelo contrário, briga com você, te implica com alguma coisa. Aí, à noite, ele [o marido] acha que você está bem” (Norma)

Relato 9: “O meu marido [...], ele não é uma pessoa carinhosa no dia-a-dia” (Rosana)

Como é possível perceber nos Relatos 7, 8 e 9, parece haver um descompasso entre as expectativas de uma parcela das participantes e as atitudes de seus companheiros. Isso porque as mesmas, nas entrelinhas de suas queixas, revelam uma compreensão mais abrangente da sexualidade, por meio da qual não a articulam à relação sexual propriamente dita, mas, sim, à afetividade. Lato senso, esse achado nos remete à concepção ampliada de sexualidade formulada por Freud. E, mais diretamente, nos fazem lembrar das proposições de Birman (1999), para quem a mulher contemporânea, como já mencionado, valoriza a troca de afeto em igualdade de condições com o homem, a exemplo de *Carmen* na ópera de Georges Bizet<sup>5</sup>. Segundo o autor, isso decorreria do respeito, por parte da própria mulher, à sua condição feminina, mediante a desvinculação da relação sexual de qualquer espécie de obrigação marital.

Retomando uma das pesquisas citadas anteriormente na revisão da literatura, ressaltamos que o fato de as participantes terem apontado a falta de atenção e carinho por parte de seus companheiros como um fator decisivo para a diminuição do desejo sexual é consistente com a constatação de Burri, Lachance e Williams (2014), segundo a qual a insatisfação com o relacionamento afetivo se destaca como o principal preditor de problemas sexuais em mulheres com dor difusa e crônica. Contudo, os referidos autores não esclareceram qual seria o motivo de tal insatisfação, até mesmo porque, durante a coleta de dados, investigaram por meio de uma única questão de múltipla escolha o quão satisfeitas as participantes estavam com seus relacionamentos. O presente estudo, por seu turno, sugere que a avaliação de mulheres com fibromialgia quanto ao engajamento de seus companheiros em demonstrações de ternura, intimidade

---

<sup>5</sup> Antecipamos que a analogia com *Carmen* não se aplica a outras participantes, como será discutido mais adiante.

e, um sentido mais amplo, amor, poderia tanto minimizar quanto maximizar o impacto da síndrome na sexualidade, em especial quando tais demonstrações forem desvinculadas do interesse sexual.

O compromisso de seus companheiros com o relacionamento, portanto, é considerado essencial para alimentar o desejo sexual das participantes, conforme a perspectiva de parte das mesmas. Em maior ou menor grau, talvez isso possa se aplicar às mulheres em geral considerando-se a suposta predominância da necessidade de ser amada – em detrimento da necessidade de amar – que, para Freud (1933[1932]/1996), resultaria do narcisismo feminino. Contudo, nos arriscamos a hipotetizar que, para a maioria das participantes, as demonstrações de ternura e amor de seus companheiros aparentemente funcionariam como uma espécie de bálsamo contra feridas narcísicas provocadas, por um lado, pela fibromialgia, e, por outro lado, pela menopausa<sup>6</sup>. Estas serão abordadas de imediato, ao passo que aquelas serão contempladas posteriormente.

Nesse sentido, esclarecemos que, conforme Furtado (2001) na menopausa ocorreria o recrudescimento de uma lógica narcísica associada às modificações relativas ao plano da imagem corporal. Mas, para a autora, essas modificações são hiperdimensionadas quando o olhar da mulher se volta ao exterior como resultado da recusa de se dirigir ao interior. Nesse cenário, somente o reassseguramento da capacidade de amar e, principalmente, de ser amada poderia amenizar o impacto das feridas narcísicas vivenciadas. E essa linha de raciocínio nos remete ao “espelho negativo”, fenômeno que, como já mencionado, foi descrito por Goldfard (1998) para aludir a uma sensação de estranhamento diante do próprio corpo, a qual anteciparia a chegada da velhice em termos estéticos e anunciaria a vigência de um novo tempo.

---

<sup>6</sup>Solange, Rosana, Antônia e Márcia relataram que estavam vivenciando a menopausa, em contraste com Norma. Fernanda não falou a respeito e Ione não soube informar.

Embora o “espelho negativo” possa ocorrer igualmente em homens, é plausível cogitar que seu impacto seja mais acentuado na população feminina, na medida em que, segundo Negreiros (2004), a mulher mais velha – devido, sobretudo, a fatores sociais e culturais – frequentemente perde o *status* de objeto de desejo, como se estivesse destituída de seus atrativos. Porém, é preciso sublinhar que conjecturar sobre possíveis feridas narcísicas determinadas pela menopausa e relativas diretamente à imagem corporal entre as participantes não encontra respaldo direto em relatos que tratam explicitamente dessa questão. Como veremos mais adiante, as queixas apresentadas pelas mesmas quanto à menopausa se articulam principalmente a feridas narcísicas concernentes, em última instância, à perda da funcionalidade do corpo determinada pelo envelhecimento.

É digno de nota que, em um sentido mais amplo, aparentemente as participantes em geral demonstraram inclinação a um movimento de responsabilização tanto pelo despertar quanto pelo adormecer do desejo sexual que se dirige a um conjunto de fatores externos – e não apenas aos companheiros – como se as próprias fossem alheias ao mesmo<sup>7</sup>. O Relato 10 é emblemático nesse aspecto. Os Relatos 11 e 12 também, ainda que sinalizem, mais precisamente, que, ao menos para Rosana e Ione, certos fármacos são vistos como possíveis “aliados” em prol da superação das dificuldades que vivenciam no plano sexual. Essencialmente, tais relatos sugerem que, no nível individual, o referido movimento de responsabilização pode estar atrelado ao distanciamento do sujeito em relação a si próprio que, conforme LeBreton (1999), é decorrente da dor, sobretudo crônica. Por outro lado, no nível macrossocial, certamente

---

<sup>7</sup> Ao longo de todos os encontros do grupo, um único relato foi apresentado sugerindo, ainda que indiretamente, a co-responsabilização, por parte de uma das participantes, quanto à diminuição da atividade sexual do casal. Mas tal relato foi totalmente ignorado pelas demais.



se afigura como uma expressão da “farmacologização” da sexualidade denunciada por Russo (2013).

Relato 10: “[...] se eu pudesse fazer alguma coisa para sentir libido [...] sentir prazer, fazer amor diferente, eu faria, não está em minha mão fazer alguma coisa” (Rosana)

Relato 11: “Eu já falei até para o médico: ‘preciso de um Viagra’. Ele falou ‘mulher não toma Viagra, não’ ” (Rosana)

Relato 12: “Você tem que tomar *Libidinol* (sic)” (Ione)

### 7.2.2 “Maria das Dores”

A segunda categoria reúne relatos que ilustram as repercussões da fibromialgia nas relações estabelecidas pelas participantes consigo mesmas e com outras pessoas. Essas repercussões são determinadas por um processo em função do qual uma nova identidade parece emergir a partir da vivência da dor, a qual foi designada pelas mesmas como “Maria das Dores”, como se vê nos Relatos 13, 14, 15 e 16. Tal fenômeno sugere a implementação de uma identificação – isto é, um “torna-se idem” – entre a maioria das participantes e a fibromialgia. E isso nos remete à afirmação de Le Breton (1999) segundo a qual a dor, ensejando o distanciamento do sujeito em relação a si próprio, tende a transformar sua identidade, posto que se entranha entre seu corpo e sua existência.

Relato 13: “No começo, nunca tive apoio. Depois que meus filhos foram ver o que que era é que eles começaram a me apoiar. Antes disso, se começasse a falar de dor, já saíam de perto, não escutam. Eu falo da família, mas até dos amigos. Se você falasse de dor, eles já: ‘Ah, nem, só fala de dor, oh Maria das Dores, oh das Dores’ ”. Isso me magoava muito” (Norma)

Relato 14: “Chegaram até me chamar de Maria das Dores” (Fernanda)

Relato 15: “Eu também, até o meu marido falava assim: ‘Ah, você é Maria das Dores’. Você toma e toma remédio, e não resolve. Isso aí é da sua cabeça’ ” (Norma)

Relato 16: “Você não pode reclamar, [se não] você vira Maria das Dores” (Solange)

Embora a dor *per se* possa ser considerada essencial para a emergência de “Maria das Dores”, os Relatos 13, 14, 15 e 16 ilustram que sua desqualificação – em especial por parte das pessoas mais próximas – possui relevância equivalente, ou talvez seja até mais preponderante, para a maioria das participantes. O Relato 17 igualmente confere respaldo a essa hipótese e reforça o já mencionado papel da necessidade de reassseguramento quanto à capacidade de ser amada para o enfrentamento das feridas narcísicas vivenciadas pelas participantes devido à fibromialgia. Assim, a síndrome potencializaria uma acentuada “demanda de amor” que, conforme Furtado (2001), é típica da menopausa e do envelhecimento. A propósito, o impacto da passagem do tempo e da perda da função reprodutiva foi abordado explicitamente nos Relatos 18 e

19, este último apresentado quando a pesquisadora a questionou se Rosana atribuía sua dor a algo além de sua idade.

Relato 17: “É aí [com o surgimento da fibromialgia] que a gente vê quem realmente gosta de você mesmo” (Norma)

Relato 18: “Antes de eu ter fibromialgia, eu tinha uma vida ativa, eu trabalhava muito, até caminhava, às vezes, a pé, para ir trabalhar. Era outro vigor, era outra força, era outra vontade. Apesar de ter muito tempo, porque tem 21 anos que tenho fibromialgia. Então eu não tinha fibromialgia e era mais jovem, então tudo conta” (Rosana)

Relato 19: “[Eu atribuo a dor a] Tudo, mas a fibromialgia é o pior. A mulher é um conjunto de tudo, é a menopausa, tudo isso para completar a fibromialgia” (Solange)

A emergência de “Maria das Dores”, assim, conduziu às participantes como um todo a uma reavaliação – essencialmente negativa – de suas forças, valores e afetos. A expressão “era outra”, citada três vezes no Relato 18, torna isso claro, na medida em que enfatiza que a atual Rosana considera que em muito difere da Rosana anterior, ativa e vigorosa, da qual a mesma sequer se lembra mais. É, portanto, sob a égide de uma dor psíquica causada pela desqualificação de uma dor física sem causa orgânica que surge “Maria das Dores”, um “ser” que padece da perda da saúde, da juventude e do amor. Cumpre assinalar que, por essa razão, somos levados a pensar que a origem de tal

designação tenha sido uma música<sup>8</sup> do compositor popular Alvarenga, intitulada justamente “Maria das Dores”, cuja letra, como se vê nos versos a seguir, trata de uma mulher que, repentinamente, perde a vida.

“Maria das Dores, gostava de flores  
Maria das Dores, deixou seus amores  
Morreu em plena juventude  
No mais perfeito gozo da saúde”

As “dores de Maria” também se fazem sentir, para algumas participantes, a propósito das relações sexuais, de acordo com os Relatos 20 e 21. Com isso, em uma metáfora que alude à referida música, podemos propor que “Maria das Dores” tem, então, que “deixar seus amores”. Ou seja, o desejo, a frequência e a satisfação sexual tendem a diminuir de forma marcante a partir do surgimento da fibromialgia. Nesse ponto, os resultados obtidos no presente estudo são equivalentes àqueles reportados por pesquisas citadas anteriormente na revisão da literatura, como aquelas desenvolvidas por Yilmaz et al. (2012) e Prins et al. (2006). Na primeira pesquisa, verificou-se que a satisfação sexual é inversamente proporcional ao impacto da fibromialgia, sendo este determinado, dentre outros indicadores, pela intensidade da dor e sua interferência em atividades cotidianas. Na segunda pesquisa constatou-se que a dor corporal – antes, durante ou depois a relação sexual – é significativamente mais comum em mulheres com fibromialgia do que em mulheres saudáveis. E vale mencionar que Tikiz et al.

---

<sup>8</sup> Vale destacar que a música em questão não foi citada pelas participantes ou pela pesquisadora nos encontros do grupo.

(2005) revelaram que a depressão exerce efeito negativo adicional na satisfação sexual nesta população.

Relato 20: “Acaba que você está com tanta dor que perde um pouquinho [do desejo e da satisfação sexual], né?” (Solange)

Relato 21: “Eu sinto [dor] no ato, no corpo, durante e depois da relação sexual. Depois do ato, meu corpo fica destruído, no outro dia eu estou com muita dor, eu acordo e dói o corpo inteiro. Aí eu fico correndo [do meu marido], corro daqui não tem jeito, corro dali não tem jeito...” (Rosana)

É interessante destacar que Rosana afirmou que seu corpo fica “destruído”, pois o emprego dessa palavra nos permite vislumbrar a dimensão da dor que a mesma experimenta após uma relação sexual e nos auxilia a entender porque ela tenta a todo custo se esquivar de seu marido quando o mesmo a aborda com interesse sexual. Entretanto, o Relato 22 mostra que a participante em questão se cobra em função disso. E o Relato 23 evidencia que o mesmo ocorre com Solange, sendo que ela, inclusive, afirmou que a recusa sexual da mulher se afigura como motivo de separação, pois implica em frustração às “necessidades” do marido. Ambos os relatos sugerem que estas participantes vivenciam ainda uma dor que se origina, em última instância, dos ditames culturais que determinam que a mulher tem a obrigação de satisfazer sexualmente seu companheiro, ainda mais quando se dedica exclusivamente à vida doméstica. Mas esse cenário gera causa indignação em outras participantes, como aponta a sequência de falas reunidas no Excerto 1, em especial aquelas subsequentes ao questionamento apresentado pela pesquisadora.

Relato 22: “Eu fico com muita dó dele [do meu marido]. Eu mesma me cobro [a manter relações sexuais]” (Rosana)

Relato 23: “Acontece separação por causa disso [da recusa sexual por parte da mulher]. É verdade, coitado dele [do marido] também. Porque a gente tem que entender que ele também está sofrendo. Ele tem necessidades” (Solange)

#### Excerto 1

- “Homem imagina que mulher não sente dor” (Ione)
- “Não pode ou não sente?” (Neftali)
- “Eu acho que não pode” (Antônia)
- “Não pode” (Norma)
- “Nem reclamar também” (Solange)

Os dois últimos relatos reunidos no Excerto 1 ainda reforçam o impacto, para as participantes em pauta, da já mencionada desqualificação da dor por parte das pessoas mais próximas. E os Relatos 24 e 25 ilustram como tal impacto afetaria especificamente o desejo sexual. Entendemos que, nesse cenário, tendem a se intensificar as feridas narcísicas, que, conforme Laznik, são próprias da menopausa, visto que, nessa fase da vida, “quando a imagem corporal muda, apenas o olhar do parceiro pode acalmar a impiedosa condenação de um espelho” (2012, p. 84). E seguramente essas mudanças no tocante à imagem corporal passam pela desvalorização da qual, segundo Negreiros (2004), as mulheres comumente são alvo à medida que envelhecem devido à suposta perda de seus encantos naturais.

Relato 24: “[o marido] desvaloriza totalmente, você está aí doente, tentando agradar... Uai, como que vai ter tesão?” (Solange)

Relato 25: “E eles [os maridos] ficam com raiva, eles fecham a cara, emburra com você. Aí como vai ter uma vida sexual?” (Antônia)

Diante do exposto, é possível concluir que a emergência de “Maria das Dores” se afigura como um fenômeno tanto social quanto psicológico, o qual não pode ser dissociado do fato de que o corpo, na contemporaneidade, representa o principal suporte da identidade, conforme Mezan (2008). Na esteira desta constatação, Costa (2004) defende que, à luz da moral do espetáculo vigente nos dias de hoje, o corpo visualmente jovem e saudável é o único que merece admiração, ou simplesmente atenção. Logo, quem não consegue fazer de seu corpo algo dotado de valor por si mesmo – como aparentemente ocorre com pacientes com fibromialgia – será relegado a um lugar marginal na cena social. O Relato 26 traduz esse mesmo posicionamento em poucas palavras.

Relato 26: “Eles [as pessoas em geral] não querem ninguém com dor. Todo mundo quer as pessoas ágeis, saudáveis” (Solange)

E, com o Relato 27, vê-se que, ao menos para Norma, o conjunto de fatores envolvidos na emergência de “Maria das Dores” originam aquela que seria a “pior dor que tem”: uma dor que se intensifica à medida em que os pedidos de socorro emitidos – como podemos qualificar as “reclamações” citadas pelas participantes – são

desconsiderados e, inclusive, criticados. Em contrapartida, é preciso salientar que, conforme Le Breton (1999), a dor, por seu caráter pessoal e íntimo, mergulha o sujeito em um universo inacessível a qualquer outro. Assim, ainda que descrita, a dor não poderia ser compreendida pelo interlocutor, o que causaria uma sensação de profunda solidão. É justamente nesse sentido que o referido autor compreende a dor como a morte encrustada na vida. E tal compreensão lança luz sobre a alusão feita por Antônia, mediante o Relato 28, à morte.

Relato 27: “Você tem que conviver com a dor, tem que aprender, mas você conviver com as pessoas à sua volta te criticando é a dor pior que tem” (Norma)

Relato 28: “[por causa da] minha sensação [de dor]... É perigoso se matar” (Antônia)

### **7.2.3 “Amor e sexo”**

Esta categoria, diferentemente das anteriores, reúne relatos apresentados exclusivamente em um encontro do grupo, o quarto e último, durante o qual a música *Amor e sexo*, de Rita Lee e Roberto Carvalho, foi empregada como disparador com o objetivo de possibilitar a retomada e a conclusão da discussão sobre o “ser mulher com fibromialgia e a sexualidade”. Como já mencionado, porém, tal objetivo acabou sendo atingido apenas indiretamente, pois as participantes privilegiaram um debate sobre as reverberações da religiosidade e da moralidade no tocante à vivência da sexualidade. E isso ocorreu a partir do momento em que, de forma inesperada, os versos da referida música que se veem a seguir foram considerados em sua literalidade pelas participantes, como ilustram os Relatos 29 e 30.



“Amor é cristão

Sexo é pagão [...]

Amor é divino

Sexo é animal”

Relato 29: “Ele [o sexo] é pagão para as pessoas que não conhecem a Deus”  
(Rosana)

Relato 30: “Eu acho que o amor é divino mesmo, é um sentimento que vem do próprio de Jesus Cristo, que teve um amor enorme” (Ione)

Tais relatos obviamente podem ter sido desencadeados pela música apresentada, porém, os mesmos, assim como diversos outros de teor equivalente apresentados na sequência do encontro por outras participantes, revelam a influência de discursos religiosos e morais que norteiam o modo como o amor e o sexo são compreendidos por elas. Quanto aos discursos religiosos, é interessante destacar que o Cristianismo se revelou predominante entre as participantes, sendo que suas bases dogmáticas estabelecem uma postura rígida acerca da sexualidade, segundo a qual a prática sexual restrita à “aliança matrimonial” é enquadrada como pré-condição para a salvação, como destacam Santos e Ceccarelli (2010). E, fora do casamento, a castidade ainda é apontada pelo Cristianismo como o único caminho possível em direção a Deus, posicionamento este que remonta ao século III (Vainfas, 1986).

Os Relatos 31 e 32, assim como a sequência de falas reunidas no Excerto 2, são emblemáticos da adesão, entre as participantes, às restrições estabelecidas pelo

Cristianismo quanto à atividade sexual. A resposta apresentada por Rosana ao questionamento da pesquisadora no Excerto 2 inclusive demonstra claramente que, em sua concepção, o casamento é capaz de transformar a natureza das relações sexuais. E o Relato 32 pode ser considerado o paroxismo dessa concepção, na medida em que Ione se apresentou como divorciada, mas relatou que seu ex-marido vivia na edícula de sua casa e, quando da coleta de dados, havia retomado a relação amorosa com o mesmo, sendo que uma eventual relação sexual dependeria, de sua parte, da reoficialização do matrimônio.

Relato 31: “Nós temos vontade de fazer sexo porque somos carnisais, mas você espera o amor de Deus para fazer o casamento, para depois vir o sexo” (Rosana)

Relato 32: “Eu não estou casada com ele [o ex-marido]. A minha religião, pelo que eu aprendo da palavra de Deus, é que eu não posso fazer sexo com uma pessoa que eu não sou casada” (Ione)

#### Excerto 2

- “Mas as pessoas, assim, dentro da palavra de Deus, quando vai se relacionar, casar, o sexo tem que vir depois do casamento, né? Não antes” (Rosana)
- “Então depois do casamento ele deixa de ser pagão?” (Neftali)
- “Deixa” (Rosana)

O Relato 33 coloca em relevo outro aspecto da adesão ao regime sexual cristão entre as participantes: a desvalorização da mulher que cede ao “pecado” e inicia sua vida sexual antes do casamento. Entendemos que tal fenômeno está diretamente

associado ao fato, já mencionado, de que a satisfação sexual do companheiro, para participantes como Rosana e Solange, faz parte do rol de obrigações da mulher. A primeira delas reafirmou tal entendimento com o Relato 34, o qual ainda ilustra – principalmente se colocado em relação com os Relatos 22 e 31 – que, para a mesma, o sexo somente é legítimo no casamento, assim como o casamento apenas é legitimado pelo sexo. E Norma, por meio do Relato 35, sinalizou concordância com essa lógica, que pode ser considerada representativa da sacramentalização do casamento promovida pela doutrina cristã no século XII, conforme Vainfas (1986), com o intuito de estender o poder da Igreja à vida íntima do casal.

Relato 33: “Eu acho que [quando a mulher não se casa virgem] piora [o casamento], porque a mulher já não tem valor. A mulher não tem o valor merecido que ela deveria ter, o homem nunca vai valorizar ela, porque eu julgo por pessoas que eu conheço, igual ao meu filho” (Rosana)

Relato 34: “O casamento só é validado quando existe o sexo” (Rosana)

Relato 35: “Se não tiver o sexo, [o casamento] vira amizade” (Norma)

Consequentemente, para algumas participantes haveria naturalmente uma polarização entre os gêneros, em cuja base se situariam antigas representações sobre o masculino e o feminino. O Relato 36 é um exemplo disso, pois evidencia uma visão patriarcal de acordo com a qual competiria ao homem cuidar da mulher, sobretudo devido à suposta fragilidade que a caracterizaria. Porém, tal cuidado aparentemente se entrelaçaria com o controle e do domínio. A mulher, por seu turno, deveria se

encarregar dos afazeres domésticos e satisfazer sexualmente o homem, assumindo uma postura submissa totalmente oposta àquela que, conforme a leitura de Birman (1999), caracteriza *Carmen* na ópera de Georges Bizet. Avançando nessa argumentação, a sequência de falas reunidas no Excerto 3 demonstra que as participantes chegaram inclusive a cogitar que o amor, por parte dos homens, apresentaria algumas especificidades, pois estaria intrinsecamente vinculado ao desejo sexual.

Relato 36: “Ele [meu marido] cuida de mim, eu sou a esposa, então o certo é o homem cuidar da mulher [...] a mulher cuida do homem com as coisas de casa, lavando, passando, arrumando, dando prazer” (Rosana)

#### Excerto 3

- “Eles [os homens] são como animais, né? [...]
- “Então o homem não ama?” (Neftali)
- “O amor do homem é mais embaixo” (Solange) [...]
- “Não sei se o homem não ama, mas o modo dele amar é diferente” (Ione)

Não obstante, a naturalização do poder do homem foi objeto de questionamentos em consonância com a tessitura de novos papéis e lugares sociais para a mulher impulsionada pelos movimentos feministas empreendidos – especialmente a partir da segunda metade do século XX – em defesa da liberdade, inclusive sexual, da população feminina (Schmidt, 2012). E o Relato 37 parece se alinhar a tal causa, de forma que contrasta com o Relato 36, dentre outros, ao enfatizar que o rompimento com as amarras determinadas por uma “criação” rígida, que instituía a submissão da mulher como preceito básico, é algo não apenas possível, mas também gratificante. A expressão

“mostrar as asas”, assim, não parece se dever ao acaso, já que, tendo sido empregada por Norma com conotação positiva, alude a um movimento de empoderamento e emancipação que seria capaz de levá-la a alçar voos mais altos.

Relato 37: “A criação da gente era isso mesmo: casar virgem [...] Eu cresci com isso na cabeça, e a gente era submissa sim. [...] Só que a gente quer mostrar as nossas asas. E todo mundo fala: ‘está com as asinhas de fora’. E eu estou amando” (Norma)

Conforme vimos, no quarto e último encontro do grupo as participantes espontaneamente se engajaram em uma discussão sobre os desdobramentos da religiosidade e da moralidade no plano da sexualidade, sendo que esta terceira categoria de análise reúne justamente relatos que tratam dessa temática. E cabe aqui esclarecer que a moralidade que se depreende da maioria dos relatos das participantes nos remete àquilo que Freud (1908/1996) chamou de “moral sexual civilizada”. Para o autor, em um primeiro momento da civilização a sexualidade poderia se manifestar livremente, mas, em nome do convívio em sociedade, foi operacionalizada uma intensa repressão por meio da qual a atividade sexual fora do matrimônio e cujo objetivo não fosse a procriação se tornou proibida. A moral sexual civilizada seria resultante desse processo, sendo que, para Freud, estaria em plena vigência no início do século XX.

Em nosso entendimento, embora tenham se passado mais de 100 anos desde a descrição da moral sexual civilizada por Freud, a mesma parece afetar a sexualidade da maioria das participantes, em maior ou menor grau, conjugando-se, assim, às repercussões físicas e psíquicas da fibromialgia, da menopausa e do envelhecimento já abordadas. Freud (1908/1996), inclusive, assinalou que a moral sexual civilizada

injustamente seria aplicada de forma mais rigorosa às mulheres do que aos homens, o que confere maior sustentação teórica a tal raciocínio. É interessante sublinhar ainda que, para o autor, as relações sexuais no contexto do matrimônio não viriam a compensar as restrições que, antes dele, se justificariam nos termos da moral sexual civilizada, o que conduziria à desilusão conjugal. Tal tese coloca em relevo outra possível faceta da insatisfação referida pela maioria das participantes no tocante a seus parceiros.

Por fim, faz-se necessário mencionar que, como se vê nos Relatos 38 e 39, algumas participantes se mostraram críticas quanto à existência de uma suposta dissociação entre o amor e o sexo por parte dos jovens – sobretudo entre as mulheres – na atualidade, ainda à luz do enquadramento do primeiro como “pagão” e do segundo como “cristão”. Em certo sentido, tal atitude pode ser entendida como uma recusa da mulher “corpo-sexo” descrita por Valença (2003) como nova referência de feminilidade, pois se ancora na crença de que a sexualidade deve ser utilizada, ao menos pelas mulheres, de modo bastante restrito como meio de obtenção de prazer. E esta crença aparentemente tem como corolário, ao menos para Antônia, conforme o Relato 40, a valorização de um tipo de amor de natureza platônica – talvez experimentado em uma época em que a vida não era atravessada pelas marcas do tempo ou pela dor associada à fibromialgia – em função do qual toda aproximação física seria dispensável, a exemplo do que, segundo Costa (2004), preconizava a educação sentimental burguesa do século XIX.

Relato 38: “Ele [o sexo] é pagão porque é levado muito para essas coisas [prostituição e traição]. Não estou falando de religião, mas, hoje em dia, os jovens estão muito assim: sexo, sexo” (Solange)

Relato 39: “A mocidade hoje tem o sexo para depois conhecer o amor” (Norma)

Relato 40: “A gente apaixonava, né? Mas não fazia nada, só olhava [...]. Você só de olhar o coração disparava, não chegava nem perto, não tinha coragem. [...] Aquilo era amor, só pegava na mão e o corpo todo já tremia, eu acho que aquilo era o amor” (Antônia)

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado anteriormente, a maioria das pesquisas sobre a sexualidade de pacientes com fibromialgia possui natureza quantitativa e não viabiliza a exploração de suas múltiplas significações, visto que privilegia a numeração de ocorrências relativas sobretudo à disfunção sexual. O presente estudo, em contrapartida, teve como objetivo geral compreender a vivência da sexualidade em um grupo de mulheres com fibromialgia conforme a perspectiva das mesmas, valendo-se, para tanto, das propostas do método clínico-qualitativo como referência. Logo, a exemplo do que se observa nos estudos clínico-qualitativos em geral, aportes psicanalíticos contribuíram, em um primeiro momento, para a operacionalização dos procedimentos relativos à coleta de dados e, em um segundo momento, para a delimitação das questões a serem interpretadas prioritariamente no processo de análise dos resultados, sendo que a interlocução com saberes provenientes de outros campos se revelou significativamente elucidativa.

Vale reforçar que tanto o objetivo quanto o desenho metodológico do presente estudo foram definidos com a preocupação de conferir-lhe um diferencial, e não apenas em relação às pesquisas quantitativas já consagradas à temática. Esse fato se torna patente considerando-se a utilização de um grupo psicanalítico de discussão como *locus* para a coleta de dados que vieram a ser posteriormente examinados mediante o recurso à análise de conteúdo, já que não temos conhecimento de tal arranjo em outros estudos clínico-qualitativos, independentemente da população junto à qual os mesmos foram desenvolvidos. E salientamos que a opção por uma prática grupal, em nosso entendimento, viabilizou a obtenção de um material bastante rico, sendo que o emprego de atividades previamente definidas no início de cada encontro foi determinante, como se imaginava, para estimular a interação e fomentar o diálogo entre as participantes, por



um lado, e para evitar a perda do foco do grupo, por outro lado, mas consideramos imprescindível preservar um certo grau de abertura em prol da liberdade de expressão das mesmas.

Os resultados obtidos respondem ao objetivo do presente estudo, na medida em que a análise categorial realizada conduziu à configuração de três categorias – “Se fosse com amor...”, “Maria das Dores” e “Amor e sexo” – que possibilitaram a captação de fenômenos relativos à vivência da sexualidade conforme representados pelas participantes. A primeira categoria reúne relatos em função dos quais ficou claro que, para as participantes como um todo, o impacto da fibromialgia na sexualidade foi classificado como negativo, visto que diminuiu o desejo sexual de forma acentuada. Tal resultado é consistente com os achados de pesquisas anteriores. Porém, constatamos que a maioria das participantes compreende que demonstrações de afeto desvinculadas de interesse sexual por parte de seus companheiros seriam capazes de minimizar o impacto da síndrome na sexualidade, o que não foi reportado explicitamente em outros estudos. E o mesmo se aplica à tendência, verificada entre as mesmas, de responsabilizar tanto o despertar quanto o adormecer do próprio desejo sexual apenas a fatores externos.

Já os relatos agrupados na segunda categoria demonstram, também de forma original, que as repercussões da fibromialgia atravessam as relações estabelecidas pelas participantes consigo mesmas e com outras pessoas a ponto de ensejar a emergência de uma nova identidade. Como consequências, elas se transformaram em “Maria das Dores” após o surgimento da síndrome. Compreendemos que se trata de um fenômeno social e psicológico complexo, decorrente do fato de o corpo se destacar como principal suporte da identidade nos dias de hoje. Não obstante, talvez “Maria das Dores” padeça, mais do que da própria dor decorrente da fibromialgia, da desqualificação dessa dor por parte das pessoas mais próximas. E isso, somando-se a perdas associadas à menopausa e

ao envelhecimento, repercute negativamente no desejo e na satisfação sexual das participantes que se identificaram com “Maria das Dores”.

Por fim, os resultados concernentes à terceira categoria podem ser considerados os mais intrigantes, na medida em que trazem à tona ressonâncias da religiosidade e da moralidade no tocante à vivência da sexualidade que se entrelaçam às repercussões da fibromialgia, sendo que os relatos apresentados pelas participantes a esse respeito decorreram de um redirecionamento espontâneo, por parte das mesmas, do foco do quarto e último encontro do grupo. Nesse sentido, observamos que a maioria das participantes sinalizou adesão às restrições estabelecidas pela doutrina cristã – e também pela chamada “moral sexual civilizada” – quanto à atividade sexual. Algumas participantes ainda pareceram consentir com antigas representações sobre o masculino e feminino, ao passo que outras afirmaram que têm buscado se desvencilhar das amarras determinadas por uma “criação” rígida a fim de experimentar mais liberdade, inclusive sexual.

Entendemos que seria interessante se esse conjunto de resultados fosse levado em consideração no planejamento e no desenvolvimento de intervenções multidisciplinares direcionadas a mulheres com fibromialgia, pois questões relativas à sexualidade costumam, como já mencionamos, ser negligenciadas – ou, na melhor das hipóteses, secundarizadas – no âmbito dos tratamentos oferecidos a tal público. Contudo, é preciso sublinhar que os resultados aqui apresentados se referem a um grupo específico de mulheres com fibromialgia e, assim, não são passíveis de generalizações estatísticas estabelecidas *a priori* pelos pesquisadores. Como ocorre em qualquer pesquisa de natureza qualitativa, as possibilidades de extrapolação dos resultados para outros contextos devem ser estabelecidas *a posteriori* pela comunidade científica. E isso se deve ao fato de que as pesquisas quantitativas tipicamente privilegiam a validade

externa, relativa especialmente aos resultados, ao passo que nas pesquisas qualitativas há maior preocupação com a validade interna, concernente à adequação dos procedimentos metodológicos como um todo em face do desafio de viabilizar uma compreensão aprofundada do fenômeno em questão.

Em suma: até mesmo em função da complexidade inerente à temática, novas pesquisas sobre a sexualidade de mulheres com fibromialgia são necessárias. E compreendemos que o presente estudo, a despeito de, como já mencionado, não reportar resultados passíveis de generalizações estatísticas, fornece subsídios para o preenchimento de lacunas ainda existentes na literatura científica, pois aponta que o recurso a estratégias capazes de resguardar a liberdade de expressão das participantes – em contraste com o que ocorre quando da utilização de instrumentos de autorrelato – é imprescindível para que se possa coletar dados que refletem os significados construídos pelas mesmas acerca da sexualidade. Ademais, procuramos analisar e interpretar tais significados a partir da perspectiva das próprias participantes, e não de acordo com nossa cosmovisão, o que julgamos indispensável para trazer à tona novos *insights* e, assim, avançar para além da confirmação de teorias prévias.

## REFERÊNCIAS

- Ablin, J. N., Gurevitz, I., Cohen, H., & Buskila, D. (2011). Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(6 Suppl 69), 44-48.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino da psicopatologia*. Tese (livre docência). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Angelotti, G. (2001). Dor crônica: Aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: V. A. Angerami-Camon (Ed.), *Psicossomática e a Psicologia da dor*. (pp.113-130). São Paulo: Pioneira.
- Aran, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Estudos Feministas*, 11(2), 398- 422.
- Aydin, G., Başar, M. M., Keleş, I., Ergün, G., Orkun, S., & Batislam, E. (2006). Relationship between sexual disfunction psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology*, 67(1), 156–161.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batmaz, I., Sarıyıldız, M. A., Dilek, B., Inanır, A., Demarcan. Z., Hatipoğlu, N., Atar. M., & Cevik, R. (2013). Sexuality of men with fibromyalgia: What are the factors that cause sexual dysfunction? *Rheumatology International*, 33(5), 1265–1270.
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Rossi, A., Sernissi, F., Scarpellini, P., Consensi, A., & Bombardieri, S. (2012). Fibromyalgia and sexual problems. *Reumatismo*, 64(4) 261-267.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 1(1), 1-17.

- Besset, V. L., Gaspard, J. L., Doucet, C., Veras, M., & Cohen, R. H. P. (2010). Um nome para a dor: Fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1270.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34.
- Blazquez, A. R., Ruiz, E., Aliste, L., García-Quintana, A., & Alegre, J. (2015). The effect of fatigue and fibromyalgia on sexual dysfunction in women with chronic fatigue syndrome. *Journal of Sexual & Marital Therapy*, 41(1), 1-10.
- Blyth, F. M., March, L. M., & Cousins, M. J. (2003). Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *The Medical Journal of Australia*, 179(2), 84-87.
- Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: A fundamental human right. *Anesthesia & Analgesia*, 105(1), 205-221.
- Brenner, C. (1987). *Noções básicas de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Burri, A., Lachance, G., & Williams, F. M. (2014). Prevalence and risk factors of sexual problems and sexual distress in a sample of women suffering from chronic widespread pain. *Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2772-2784.
- Buskila, D., & Cohen, H. (2007). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current Pain and Headache Reports*, 11(5), 333-338.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: Aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264.
- Chaby, L. (1995). *A menopausa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A clinical review. *Journal of the American Medical Association*, 311(15), 1547-1555.
- Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Costa, J. B. (2013). *Fibromialgia: Histeria da atualidade?* Dissertação (mestrado). Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, Brasil.
- De Marco, M. A. (2003). A evolução da medicina. In: M A. De Marco (Ed.), *A face humana da medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. (pp. 23-41). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Emídio, T. S. (2011). *Diálogos entre feminilidade e maternidade: Um estudo sob o olhar da mitologia e da psicanálise*. São Paulo: Editora Unesp.
- Emilio, S. A. (2010). O grupo psicanalítico de discussão como dispositivo de aprendizagem e compartilhamento. *Vínculo*, 7(2), 35-43.
- Fenichel, O. (2005). *Teoria psicanalítica das neuroses: Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. Atheneu: Rio de Janeiro. (Original publicado em 1946)
- Ferreira, C. C., Mota, L. M., Oliveira, A. C., Carvalho, J. F., Lima, R. A., Simaan, C. K., Rabelo, F. S., Sarmiento, J. A., Oliveira, R. B., & Santos Neto, L. L. (2013). Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53(1), 35-46.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 12, pp. 121-252). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996). Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (vol. 9, pp. 165-186). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1908)
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914)

- Freud, S. (1996). A organização genital infantil. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 19, pp. 153-161). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 19, pp. 189-199). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1924)
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 19, pp. 268-286). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925)
- Freud, S. (1996). Sexualidade feminina. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 21, pp. 229-251). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1931)
- Freud, S. (1996). Feminilidade. In: J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (vol. 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933[1932])
- Furtado, A. M. (2001). Um corpo que pede sentido: Um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(3), 27-37.
- Giami, A. (2008). A experiência da sexualidade em jovens adultos na França: Entre errância e vida conjugal. *Paidéia*, 18(4), 289-304.
- Giffin, K. (1991). Nosso corpo nos pertence: A dialética do biológico e do social. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(1), 190-200.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hogan, T. P. (2006). *Introdução à prática de testes psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC.

- Inanici, F. & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: Past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8(5), 369-378.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2000). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laznik, M.-C. (2012). O complexo de Jocasta. *Estudos de Psicanálise*, 37, 79-92.
- Le Breton, D. (1999). *Antropologia del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Leite, A. C. C., & Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino: Fibromialgia – Uma síndrome dolorosa. *Psychê: Revista de Psicanálise*, 7(12), 97-106.
- Lisboa, L. L., Sonehara, E., Oliveira, K. C., Andrade, S. C., & Azevedo, G. D. (2015). Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55(3), 209-215.
- Lobato, O. (2010). O problema da dor. In: J. Mello Filho & M. Burd (Eds.), *Psicossomática hoje*. (pp. 235-254). 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6(1), 273-285.
- Mezan, R. (2008). Existe um erotismo contemporâneo? In: R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Eds.). *Psicossoma IV: Corpo, história e pensamento* (pp. 35-54). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 177-187.
- Nazzari, M. (2001). *O desaparecimento do dote: Mulheres, famílias e mudança social em São Paulo, Brasil, 1600-1900*. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1991)
- Negreiros, T. C. (2004). Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*, 5(9), 77-86.



- Orellana, C., Casado, E., Masip, M., Galisteo, C., Gratacós, J., & Larrosa, M. (2008). Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26(4) 663-666.
- Pérez-Cajaraville, J. A., Abejón, D., Ortiz, J. R., & Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(6), 373-384.
- Prins, M. A., Woertman, L., Kool, M. B., & Geenen, R. (2006). Sexual functioning of women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 24(5), 555-561.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 1-6.
- Rey, G. (2000). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson.
- Rico-Villademoros, F., Calandre, E. P., Rodríguez-López, C. M., García-Carrillo, J., Ballesteros, J., Hidalgo-Tallón, J., & García-Leiva, J. M. (2012). Sexual functioning in women and men with fibromyalgia. *Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 542-549.
- Rosen, R. C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. M., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino R. J. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R. C.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, I. H.; Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Russo, J. A. (2013). A terceira onda sexológica: Medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1(14), 172-194.

- Santos, A. B. R., & Ceccarelli, P. R. (2010). Psicanálise e moral sexual. *Reverso*, 32(59), 23-30.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10(1) 3- 13.
- Schmidt, J. F. (2012). As mulheres na Revolução Francesa. *Revista Thema*, 9(2), 1-19.
- Slompo, T. K. M. S., & Bernardino, L. M. F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo fibromialgia e o quadro clínico histeria descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 263-278.
- Souza, C. L. (2005). Transição da menopausa: A crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 1(2), 87-94.
- Taquette, S. R., & Minayo, M. C. (2016). Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 417-434.
- Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Tawadros, A. E., Udeoji, D., Awad, M., Castro-Abeger, A., Nguyen, T., Bensoussan, J. C., & Ishak, W. W. (2013). Quality of life in patients with fibromyalgia. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 1(1), 1-17.
- Teixeira, M. J., & Okada, M. (2009). Dor: Evolução histórica dos conhecimentos. In: O. Alves Neto, C. M. C. Costa, J. T. T. Siqueira, & M. J. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática*. (pp. 27-56). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, M. J., & Siqueira, S. R. D. T. (2009). Epidemiologia da dor. In: O. Alves Neto, C. M. C. Costa, J. T. T. Siqueira, & M. J. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática*. (pp. 57-76). Porto Alegre: Artmed.

- Tikiz, C., Muezzinoglu, T., Pirildar, T., Taskn, E. O., Frat, A., & Tuzun, C. (2005). Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *The Journal of Urology*, 174(2), 620–623.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Tutoglu, A., Boyaci, A., Koca, I., Celen. E., & Korkmaz, N. (2014). Quality of life, depression, and sexual dysfunction in spouses of female patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 34(8), 1079-1084.
- Vainfas, R. (1986). *Casamento, amor e desejo no ocidente cristão*. São Paulo: Ática.
- Valença, M. C. A. (2003). *A feminilidade em Freud e na contemporaneidade: Repercussões e impasses*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: De Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2009). Understanding fibromyalgia: Lessons from the broader pain research community. *Journal of Pain*, 10(8), 777-791.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American

College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., & Goldenberg, D. L. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia: Report of the Multicentre Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.

Yener, M., Askin, A., Soyupek, F., Akpinar, A., Demirdas, A., Sonmez, S., & Soyupek, S. (2015). The evaluation of anxiety and depression status in spouses of sexually active reproductive women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 33(1 Suppl 88), 4-20.

Yilmaz, H., Yilmaz, S. D., Polat, H. A., Salli, A., Erkin, G., & Ugurlu, H. (2012). The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: A controlled study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 779-785.

## **APÊNDICE**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “A vivência da sexualidade em mulheres com fibromialgia”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rodrigo Sanches Peres e Neftali Beatriz Centurion. Nesta pesquisa nós estamos buscando entender se e como a fibromialgia influencia a sexualidade de mulheres diagnosticadas com a síndrome.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Neftali Beatriz Centurion na Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região (ARUR).

Na sua participação você fará parte de um grupo a ser desenvolvido ao longo de quatro encontros de cerca de uma hora e trinta minutos cada, nas dependências da ARUR, com a participação de oito mulheres com fibromialgia, em datas e horários a serem definidos de comum acordo entre os pesquisadores e as participantes. No grupo serão discutidos temas relacionados ao objetivo da pesquisa, como o “ser mulher e a sexualidade” e o “ser mulher com fibromialgia e a sexualidade”. Os encontros serão gravados em áudio, posteriormente transcritos e então desgravados. Também coletaremos desenhos e relatos por escrito a serem produzidos pelas participantes do grupo. O conjunto do material coletado será analisado de acordo com os princípios da análise temática de conteúdo, que é uma técnica amplamente utilizada em pesquisas científicas.

Em nenhum momento você será identificada, visto que os pesquisadores se comprometem a manter em sigilo absoluto a identidade das participantes de modo a minimizar os riscos de identificação. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Os riscos de identificação, portanto, se limitarão a motivos alheios aos pesquisadores, sendo que, para minimizar esses riscos, os assuntos abordados no grupo deverão ficar restritos ao próprio grupo, de forma que não deverão ser compartilhados pelas participantes com outras pessoas. Há ainda que se considerar o risco de a coleta de dados acarretar algum desconforto emocional para alguma participante. Caso isso venha a ocorrer, os pesquisadores se comprometem a oferecer gratuitamente, na própria instituição e em horário de comum acordo, um atendimento psicológico focal com a finalidade específica de prover apoio e ventilação dos sentimentos suscitados.

Você não terá nenhum gasto por participar da pesquisa, pois os pesquisadores arcarão com os custos relativos ao seu transporte para a participação nos encontros do grupo. Os benefícios serão a obtenção de subsídios para o aprimoramento da assistência em saúde ofertada a pacientes com fibromialgia de forma a viabilizar a abordagem da sexualidade e a obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto em pauta.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rodrigo Sanches Peres ou Neftali Beatriz Centurion – Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia: Av. Pará, n. 1720, bloco 2C, Campus Umuarama – Uberlândia/MG, CEP: 38400-902; fone: 34-32258506. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, n. 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, ..... de .....de 20.....

---

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa