

Maria Vitória Marcondes de Miranda Couto

**Entre a culpabilização da vítima e a fadiga por compaixão:
a mulher com fibromialgia no imaginário coletivo de familiares
do gênero masculino**

Uberlândia

2025

Maria Vitória Marcondes de Miranda Couto

**Entre a culpabilização da vítima e a fadiga por compaixão:
a mulher com fibromialgia no imaginário coletivo de familiares
do gênero masculino**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Psicologia da Universidade Federal
de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção
do Título de Bacharel em Psicologia
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Uberlândia

2025

Maria Vitória Marcondes de Miranda Couto

**Entre a culpabilização da vítima e a fadiga por compaixão: a mulher com fibromialgia
no imaginário coletivo de familiares do gênero masculino**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 18 de setembro de 2025

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Sybele Macedo (Examinadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Ms. Daiane Márcia de Lima (Examinadora)

Prefeitura Municipal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Uberlândia

2025

Agradecimentos

A jornada pelo curso de Psicologia foi desafiadora, mas, acima de tudo, a realização de um sonho. Trago comigo a gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram com ensinamentos que levarei para a vida toda.

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, Carmen, que me ensinou sobre a beleza da vida, o carinho e a determinação. Queria muito que ela pudesse estar aqui neste momento tão especial. Sinto sua falta todos os dias, mas sei que carrego um pouco dela em tudo o que vivo. Tenho certeza de que muito da minha escolha profissional se relaciona com a excelente assistente social que ela foi.

Agradeço também à minha avó Maria Tereza e ao meu pai José, que me deram colo quando as coisas ficaram difíceis, e a toda a minha família, que, de sua forma, sempre esteve presente.

Os amigos não poderiam ficar de fora! É imensurável a importância que eles têm na minha vida. Sou grata aos conterrâneos que, mesmo à distância, permaneceram por perto, aos amigos da faculdade que compartilharam as dores e as delícias dessa caminhada e àqueles com quem dividi o lar, espaço tão fundamental nesse percurso.

Estendo minha gratidão aos docentes que me ensinaram com afeto e dedicação, alimentando meu encantamento pela profissão. À Zezé, que desde o início me fez apaixonar pela psicanálise winnycottiana; à Mirita e à Sybele, supervisoras que despertaram em mim o gosto pela clínica e pelos momentos de supervisão; e ao Rodrigo, meu orientador de IC e de TCC, que tornou a escrita, algo tão desafiador para mim, em um processo mais leve.

Por fim, agradeço à dança, minha companheira que colore a vida de alegria, e à minha psicóloga, que me relembra sempre do valor de ser quem realmente se é.

Resumo: A fibromialgia (FM) é uma síndrome caracterizada por dores crônicas e difusas e se encontra entre as condições reumatológicas mais prevalentes no mundo. O impacto do adoecimento ultrapassa o corpo em seu aspecto físico, afetando diversas esferas da vida cotidiana e as relações familiares. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo compreender o imaginário coletivo acerca da FM entre familiares do gênero masculino que conviveram ou convivem com mulheres acometidas pela síndrome, valendo-se de uma abordagem qualitativa fundamentada no método investigativo psicanalítico. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas mediadas pelo Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, realizadas com quatro homens, sendo dois filhos, um filho/neto e um marido. A análise dos dados, operacionalizada por meio da interpretação psicanalítica, possibilitou o delineamento de quatro campos de sentido, assim intitulados: (1) “Querer não é poder”, (2) “Esporte, religião e terapia”, (3) “A dor do testemunho” e (4) “Hiperalgesia do corpo-mente”. Os resultados apontam que os familiares percebem que mulheres com FM ocupam uma posição de sofrimento diante da vida e associam a possibilidade de melhora ao engajamento em atividades físicas, religiosas e terapêuticas. Evidenciou-se também o sofrimento dos próprios familiares ao testemunharem a dor constante, bem como a dificuldade nas relações de cuidado, marcada pela banalização da dor devido à sua recorrência. Em síntese, parece razoável propor que o imaginário coletivo dos participantes é moldado predominantemente pela culpabilização da vítima, por um lado, e pela fadiga por compaixão, por outro. Tendo em vista esses achados, destaca-se a necessidade de um olhar em saúde que reconheça não apenas a paciente com FM, mas também seus familiares como sujeitos que demandam atenção e cuidado.

Palavras-chave: Fibromialgia; Relações familiares; Imaginário coletivo; Psicanálise.

Abstract: Fibromyalgia (FM) is a syndrome characterized by chronic and diffuse pain, ranking among the most prevalent rheumatologic conditions worldwide. The impact of the illness goes beyond the physical body, affecting multiple dimensions of daily life and family relationships. In this context, the present study aimed to understand the collective imaginary about FM among male family members who lived or still live with women affected by the syndrome, using a qualitative approach grounded in the psychoanalytic investigative method. Data collection was carried out through interviews mediated by the Drawing-and-Story Procedure with a Theme, conducted with four men: two sons, one grandson/son, and one husband. The data analysis, conducted through psychoanalytic interpretation, made it possible to outline four fields of meaning, entitled: (1) “Wanting is not being able”, (2) “Sports, religion, and therapy”, (3) “The pain of witnessing”, and (4) “Hyperalgesia of the body-mind”. The results indicate that family members perceive women with FM as occupying a position of suffering in life and associate the possibility of improvement with engagement in physical, religious, and therapeutic activities. The findings also reveal the suffering experienced by the relatives themselves when witnessing constant pain, as well as the difficulties in caregiving relationships, often marked by the trivialization of pain due to its recurrence. In summary, it seems reasonable to propose that the participants’ collective imaginary is predominantly shaped, on the one hand, by victim-blaming, and on the other, by compassion fatigue. Considering these findings, it is important to highlight the need for a health care perspective that recognizes not only women with FM but also their relatives as subjects who require attention and care.

Keywords: Fibromyalgia; Family relationships; Collective imaginary; Psychoanalysis.

Sumário

1.	Introdução.....	8
2.	Método.....	10
2.1.	Desenho metodológico.....	10
2.2.	Participantes.....	10
2.3.	Instrumento.....	12
2.4.	Coleta de dados.....	12
2.5.	Análise de dados.....	13
2.6.	Considerações éticas.....	14
3.	Resultados.....	14
3.1.	Querer não é poder.....	14
3.2.	Esporte, religião e terapia.....	18
3.3.	A dor do testemunho.....	20
3.4.	Hiperalgesia do corpo-mente.....	22
4.	Discussão.....	23
4.1.	Querer não é poder.....	23
4.2.	Esporte, religião e terapia.....	25
4.3.	A dor do testemunho.....	26
4.4.	Hiperalgesia do corpo-mente.....	27
5.	Considerações finais.....	27
	Referências.....	29
	Anexos.....	33

1. Introdução

A fibromialgia (FM) é uma síndrome caracterizada principalmente por dores crônicas generalizadas pelo corpo (Dizner-Golab et al, 2023). Embora seja considerada uma das condições reumatológicas mais frequentes, apresentando ocorrência entre 2% e 4% na população mundial, com predominância entre mulheres de meia idade, seu diagnóstico e seu tratamento ainda representam grandes desafios, devido especialmente à ausência de marcador clínico objetivo e à exigência de análise minuciosa do histórico de sintomas obtido através da escuta do relato do paciente (Häuser & Fitzcharles, 2018; Heymann et al., 2017). É fundamental também reconhecer, além das dores crônicas, os chamados sintomas funcionais, como sono não reparador, depressão e fadiga, que são decisivos tanto para o diagnóstico quanto para a avaliação da gravidade do quadro clínico (Oliveira Júnior & Almeida, 2018; Kocyigit & Akyol, 2022).

A complexidade da FM evidencia seu caráter multifatorial e torna imprescindível a consideração de fatores psicológicos, biológicos e sociais em todas as fases da assistência em saúde (Gonzalez et al., 2019). Cabe ressaltar também que, embora não cause deformidade ou alteração visível, a síndrome pode provocar incapacidade, afetando a qualidade de vida e causando sofrimento (Kocyigit & Akyol, 2022). Como não há, até o momento, um tratamento curativo, as intervenções disponíveis visam, através do trabalho multiprofissional, proporcionar um cuidado direcionado à construção da autonomia e ao alívio dos sintomas (Júnior & Almeida, 2018). Nessa perspectiva, comprehende-se que o impacto do adoecimento ultrapassa o corpo em seu aspecto físico, afetando diversas esferas da vida cotidiana, especialmente o contexto das relações familiares (Dias & Peres, 2022; Montesó-Curto et al., 2022; Muniz et al., 2021; Peres, 2021; Vázquez Canales et al., 2024).

Ao impactar os laços familiares, a FM mobiliza um conjunto de significados que são moldados pelo imaginário coletivo, conforme conceituado originalmente pela psicanalista

brasileira Tania Maria José Aiello-Vaisberg. Tal conceito refere-se a um complexo inconsciente compartilhado sobre determinado fenômeno e que mescla afetos, ideias, crenças e percepções, tanto individuais quanto coletivas, vigentes dentro de um grupo social (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2006). Compreender o imaginário coletivo acerca da FM se torna interessante uma vez que ele pode sustentar simbolicamente práticas que afastam as pacientes do convívio social e as impedem de se beneficiar da ajuda proporcionada por redes informais de apoio, as quais, em contrapartida, são bastante valorizadas nas perspectivas atuais de tratamento.

O presente estudo integra uma pesquisa mais ampla sobre o imaginário coletivo de familiares corresidentes de pacientes com FM. Neste recorte específico, optou-se por focalizar familiares do gênero masculino, considerando os atravessamentos socioculturais de gênero que permeiam as dinâmicas de cuidado. Estudos recentes apontam importantes distinções de gênero na convivência com pacientes com FM, pois revelam que os cuidados cotidianos recaem majoritariamente sobre familiares do sexo feminino, que frequentemente relatam uma sensação de aprisionamento às demandas suscitadas pelo adoecimento (Montesó-Curto et al., 2022; Vázquez Canales et al., 2024).

No entanto, familiares do sexo masculino, principalmente em momentos de crise da FM, expressam sentimentos de preocupação, tristeza, estresse e ansiedade, de modo que encontram grandes dificuldades no que se refere à provisão de apoio (Montesó-Curto et al., 2022). Além disso, estudo conduzido por Muniz et al. (2021) aponta altos níveis de catastrofização entre filhos de pacientes com FM, independente do sexo ou gênero, também destacando os efeitos do desconhecimento sobre a síndrome na produção de preconceitos e estigmas dentro do ambiente familiar.

Dessa forma, observa-se que o sofrimento emocional e os estigmas associados à FM podem repercutir em todos os familiares próximos, ainda que possua particularidades

relacionadas ao gênero. Diante do exposto, e considerando a escassez de estudos voltados aos familiares do gênero masculino, conforme constatado a partir do levantamento bibliográfico realizado nesta oportunidade, o presente estudo teve como objetivo compreender o imaginário coletivo acerca da FM em familiares do gênero masculino, que foram ou ainda são corresidentes de mulheres acometidas pela síndrome.

2. Método

2.1. Desenho metodológico

O presente estudo possui enfoque qualitativo e foi realizado a partir da perspectiva metodológica investigativa da psicanálise, conforme entendida pelo psicanalista brasileiro Fábio Herrmann. Nessa perspectiva, entende-se que a interpretação psicanalítica revela aspectos do inconsciente presentes nas manifestações humanas, ou seja, constitui o avesso da consciência, aquilo que, embora não possa ser visto na superfície, determina regras ocultas. Herrmann (2017) defende ainda que essa revelação seria uma descoberta de campos, isto é, de inconscientes relativos de origem cultural. Tal ruptura, que emerge da interpretação psicanalítica, permite o desvelamento dos mais variados sentidos subjacentes a uma manifestação humana (Rosa et al., 2019). Assim, embora seja mais reconhecido por sua aplicação clínica, a interpretação psicanalítica revela-se como um recurso que ultrapassa esse contexto, destacando-se inclusive como um invariante entre as diferentes teorias e técnicas psicanalíticas (Visintin et al., 2023).

2.2. Participantess

Inicialmente os possíveis participantes foram recrutados sem distinção de sexo ou gênero a propósito da pesquisa mais ampla da qual o presente estudo deriva, já que o convite para a participação era direcionado para familiares de pacientes com FM. Contudo, para o

recorte estabelecido para o presente estudo, foram considerados apenas aqueles do gênero masculino, totalizando quatro homens – dois filhos, um filho/neto e um marido – que constituíram uma amostra intencional. Com essa delimitação, foram selecionados aqueles que, além de possuírem vínculo familiar com uma mulher com FM, residiam com ela à época da entrevista ou em um passado recente. Dessa forma, os participantes possuíam idade entre 22 e 63 anos, e em sua maioria eram estudantes universitários, conforme a tabela 1. Foram utilizado pseudônimos para preservar a identidade dos participantes. O critério de exclusão foi a presença de déficit sensorial ou cognitivo quer seja diagnosticado ou suspeitado, capaz de prejudicar significativamente a comunicação verbal.

Tabela 1

Distribuição das participantes por idade, escolaridade e ocupação

Participante*	Idade	Escolaridade	Ocupação	Parentesco
Pedro	22 anos	Ensino superior incompleto	Estudante de Psicologia	Filho
Caio	23 anos	Ensino superior completo	Mestrando em História	Filho/Neto
Gustavo	23 anos	Ensino superior incompleto	Estudante de Psicologia	Filho
Luís	63 anos	Pós-graduação	Contador	Marido

*Nomes fictícios

2.3. Instrumento

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas individuais a partir do Procedimento de Desenho-Estória com Tema (PDE-T), descrito por Visintin et al. (2023) como um recurso mediador dialógico facilitador da comunicação emocional dos participantes. Esse procedimento, inicia-se solicitando ao participante um desenho cujo tema deve abarcar a questão de pesquisa e, ao mesmo tempo, garantir certa amorfia necessária à emergência do inconsciente de forma menos invasiva. Em seguida, solicita-se a invenção de uma estória sobre a figura desenhada, a criação de um título para a estória e, então, abre-se uma discussão sobre a produção como um todo, estimulando novas associações.

2.4. Coleta de dados

Os participantes foram localizados por meio da técnica de amostragem chamada de “bola de neve”, a qual se desenvolve em três etapas principais: inicia-se com um grupo-chave responsável por identificar participantes com o perfil desejado dentro da população; em seguida, esses primeiros participantes são convidados a indicar outras pessoas pertencentes à sua rede de contatos; por fim, os indivíduos indicados são avaliados quanto à sua elegibilidade para a pesquisa (Vinuto, 2014). Dessa forma, a divulgação do presente estudo foi realizada por meio de um convite que foi veiculado nas redes sociais dos pesquisadores. Esse convite continha o número de WhatsApp dos pesquisadores, por meio do qual os potenciais participantes entrariam em contato para, conforme a disponibilidade de ambos, agendar data, horário e local da entrevista presencial.

Antes da coleta de dados, os participantes foram informados sobre os aspectos éticos e metodológicos da pesquisa, bem como sobre seus objetivos, e então assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para formalizar a anuência quanto à participação. Os participantes também eram informados sobre a gravação do áudio das entrevistas e sua

posterior transcrição. Assim, as entrevistas eram iniciadas com o seguinte pedido por parte da pesquisadora: “desenhe uma mulher com fibromialgia”, sendo disponibilizados ao participante uma folha de papel e um lápis. Na sequência, solicitava-se a criação de uma estória para a figura desenhada, acompanhada por um título. Ao final, realizava-se, a partir da produção como um todo, uma conversa aberta sobre a experiência de conviver com uma pessoa com FM.

O critério para fechamento amostral foi o recorte temporal. Como supracitado, inicialmente a coleta de dados não possuía restrição relacionada ao gênero. Portanto, considerando o habitual distanciamento do público masculino do cuidado em saúde, as primeiras participantes eram mulheres. Posteriormente, vislumbrando a atual pesquisa, houve um direcionamento do convite ao público masculino, havendo, no entanto, dificuldade de acesso a essa população. A coleta de dados junto a participantes do gênero masculino teve início em janeiro de 2025 e se prolongou até junho do mesmo ano, de modo que se estendeu por um período de seis meses.

2.5. Análise de dados

A análise de dados teve início com a transcrição literal e integral do áudio das entrevistas. Em seguida, foram realizadas sucessivas leituras do material e dos desenhos produzidos, a fim de subsidiar a identificação de campos de sentido que pudessem compor o imaginário coletivo acerca do tema. Para isso, adotou-se uma postura equivalente à atenção flutuante, de modo a distanciar-se de eventuais prejulgamentos. Com isso, elementos específicos das produções não foram previamente selecionados, possibilitando a apreensão de conteúdos latentes (Rosa et al., 2019). Posteriormente, os campos de sentido conforme preliminarmente identificados foram refinados por meio de discussões entre os pesquisadores. Por fim, após a definição e a descrição dos campos de sentido, procedeu-se à realização de uma

análise reflexiva a partir da interlocução com autores, estudos e referenciais teóricos encontrados na bibliografia consultada.

2.6. Considerações éticas

O presente estudo corresponde a um recorte de uma pesquisa maior que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, CAAE nº 78580624.9.0000.5152, sob o parecer nº 6.851.409. Todas as recomendações éticas pertinentes a pesquisas com seres humanos, segundo a legislação vigente no Brasil, foram respeitadas.

3. Resultados

A partir da análise dos dados obtidos foi possível delimitar quatro campos de sentido, os quais foram denominados do seguinte modo: “Querer não é poder”, “Esporte, religião e terapia”, “A dor do testemunho” e “hiperalgesia do corpo-mente”.

3.1. Querer não é poder

O primeiro campo de sentido revela a crença, no imaginário coletivo dos participantes, de que a mulher com FM apresentaria uma espécie de insatisfação crônica com a própria vida, como ilustra o relato 1.

(1) [...] às vezes [a mulher com FM] quer que a casa esteja muito limpa e a casa não tá. “Ai, isso podia estar mais limpo, ai eu podia ter arrumado a área do cachorro, ai podia ter me avisado mais cedo isso, ai eu estou atrasada, ai meu cabelo não seca, ai meu cabelo está ruim, ai meu serviço não anda, ai sua tia está reclamando, ai não quero comer isso”. (Gustavo)

O relato 1 evidencia que a frustração e a insatisfação diante dos contratemplos da vida emergem como elementos centrais na forma como Gustavo descreve a mulher com FM. Destaca-se, nesse sentido, a repetição da palavra “ai” ao simular a reprodução de queixas de sua mãe, funcionando como uma interjeição carregada de angústia e de uma dor persistente. Tal recurso expressivo evidencia o caráter reincidente das reclamações, que se iniciam no ambiente doméstico, mas parecem se expandir para as relações interpessoais e até mesmo para o próprio corpo.

Já o relato 2, embora aborde uma insatisfação pontual, revela a presença de culpa e também indica um desejo por algo que excede as capacidades individuais dessas mulheres, ou seja, algo que escapa ao controle pessoal. Nesse sentido, é importante destacar que os participantes associam esse tipo de vivência às crises de dor causadas pela FM, como exemplificado nos relatos 3 e 4.

(2) E aí minha mãe tinha tomado a decisão de provisoriamente, deixar a minha bisavó num lar de idosos, super bonitinho assim, só que por um tempo. E era o lugar mais seguro para ela na Pandemia, mais controlado. Só que ela tava sentindo muita culpa, minha mãe, ela falava muito dessa culpa, e ela ainda tinha que contar, comunicar para os filhos da minha bisavó sobre essa decisão. [...] ela também tava muito estressada com a pandemia, com medo, estava sem trabalhar. (Pedro)

(3) Eu lembro que foi o período [abordado no relato 2] mais crítico, assim, que ela reclamava muito de dor, tinha que ficar em casa, tava muito sensível, e chorava muito e tals. (Pedro)

(4) Quando tocar nesse assunto e tiver muito inflamado essa questão de ela ter que lidar com aquilo de pagar uma conta e não ter o dinheiro, vai ser dia que ela vai ter dor

na coluna, que ela vai ter dor de cabeça. Ontem foi isso, ela teve dor na coluna, ela teve dor de cabeça, ela estava bem brava a maior parte do dia, com humor bem ruim. (Gustavo)

Ainda dentro da perspectiva da insatisfação, percebe-se um movimento de reciprocidade, pois, se por um lado os contratemplos da vida geram insatisfação que desencadeia dor, por outro, a própria dor também gera contratemplos, retroalimentando a insatisfação. Percebe-se no relato 5 que a FM impede a realização de desejos e vontades, evidenciando queixas que se originam na dor física, mas que se expandem também para as limitações e barreiras que ela impõe na vida cotidiana. Inclusive, no desenho realizado pelo participante Gustavo (Anexo 1) há uma figura feminina que parece desejar se movimentar, o que é sugerido pelas linhas múltiplas e curvas nos braços e pernas, que dão uma sensação de dinamismo. No entanto, existe em seu centro uma estrutura rígida e reta que aparenta impedir essa vontade, o que constrói um cenário semelhante ao relatado pelo participante Caio no relato 5.

(5) [...] quando eu me mudei pra cá a primeira vez, ela quis vir. Só que ela teve que ficar, assim, ela subiu no apartamento uma vez e ela não podia mais, porque ela não conseguia subir e descer escada. Então assim, ela quer fazer parte das coisas, ela quer fazer parte da vida das pessoas. Então ela não pode fazer aquilo que ela quer, ela tem as amigas, e as amigas frequentam a terceira idade, uma coisa que ela não pode ir, ela não pode ir aos bailes da terceira idade...porque ela não aguenta ficar lá o tempo que eles ficam. (Caio)

Além disso, observa-se no discurso dos participantes a ideia de que parte do sofrimento vivido pelas mulheres com FM poderia ser amenizado por uma mudança de postura por parte delas. No relato 6, o participante Gustavo, ao se referir às insatisfações relacionadas aos contratempos da vida, defende a importância de aceitar a vida como ela é, o que, segundo ele, poderia contribuir para a diminuição de dores físicas e emocionais. Já no relato 7, o termo “teimosia” revela a perspectiva do participante Caio, segundo a qual uma maior aceitação das limitações impostas pelo adoecimento contribuiria para a redução das dores associadas aos obstáculos que ela impõe.

(6) Olha, o mundo é assim, sua realidade é assim, você quer modificar ou não quer? Cabe a você. “Ai, quero modificar”. Então procura o jeito de modificar a realidade. (Gustavo)

(7) [quando questionado sobre o motivo da piora dos sintomas da FM] Eu acho que assim, boa parte, em alguns momentos, eu acho que ela abusou. Eu acho que ela cometeu alguns abusos que acabaram dando uma ajudada nisso. Um pouquinho de teimosia, sabe? Nas festas de fim de ano ela não parava, aquela coisa de fazer comida no final do ano. Todo mundo falando: “para, senta, estica a perna”, e ela “não, tenho que ir pegar tal coisa, quero raspar isso, quero tirar esse vaso do lugar, me ajuda”, “tô indo vó”, quando você vê ela mesma tá no chão, então assim, eu acho que ela ter ficado mais debilitada esses tempos é porque ela deu uma insistida em algumas coisas que ela não pode. (Caio)

3.2. Esporte, religião e terapia

Para além do imaginário coletivo sobre uma eventual melhora do quadro clínico da FM relacionada ao autocontrole das insatisfações, os participantes classificaram a atividade física, a espiritualidade e o cuidado psicológico como práticas de autocuidado importantes para o alívio dos sintomas. Por essa razão, o segundo campo de sentido foi intitulado justamente “Esporte, religião e terapia”, nele, reúnem-se elementos valorizados pelos participantes como auxiliares essenciais na melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas pela síndrome, como exemplificado nos relatos a seguir.

(8) Ela também tá fazendo mais atividade física, acho que isso ajuda. [...] hoje em dia ela tá mais tranquila, ela faz terapia. (Pedro)

(9) [quando estava criando a estória] [...] em relação a ter atividade física, ah, provavelmente essa mulher não faz atividade física. (Gustavo)

(10) [...] minha mãe ela já fez psicoterapia há um tempo, mas hoje em dia ela não faz mais. Eu acho que talvez essa questão de se entender mais do que que causa mais dor, do que que causa menos dor, seria importante pra ela. (Gustavo)

Primeiramente, um importante aspecto desse campo é perceber que há por trás desses relatos a crença de que as pacientes seriam diretamente responsáveis por sua própria melhora, uma vez que as atividades listadas requerem um esforço individual para serem realizadas. Essa crença fica mais evidente nos seguintes relatos, e não deixa de implicar em um processo de culpabilização da vítima.

(11) que o cuidado com o corpo, no sentido assim de saúde mesmo, fica sempre à deriva. Não dorme, não come direito, não, não tem rotina, uma rotina assim considerada saudável, né, que seria, ter hábito de regular de comida, de dormir, de fazer determinadas atividades, não tem muito isso. (Gustavo)

(12) E aí os médicos falaram que você tá somatizando e tendo muita dor nas costas e dor de cabeça e dor no joelho. Então você faz exercício, procura uma religião e faz uma terapia que você vai ficar melhor em relação a isso. (Gustavo)

(13) [Referindo-se aos familiares] Como eles são pessoas assim um tanto quanto incrédulas, então atrai essas doenças, fibromialgia, depressão... (Luís)

(14) [...] mas Jesus também atende quem procura, então, se eles não procurarem essa parte espiritual, vai ser muito difícil, isso é fato. Se eles tivessem um pouquinho de fé em Deus, seguissem uma doutrina, esse problema deles é um problema espiritual, se eles seguissem uma doutrina e fazer o que eles não fazem eles não tinham esse problema não. (Luís)

Em segundo lugar, nota-se no imaginário coletivo dos participantes uma certa simplificação do adoecimento, representada principalmente nos trechos 12, 13 e 14, em que se evidencia a crença de que existe um passo a passo para melhorar. Nessa perspectiva, sustentada por saberes religiosos e científicos, pressupõe-se que a mulher com FM poderia atuar nesse autocuidado, mas não o faz.

3.3. A dor do testemunho

Até agora, os campos de sentido delineados apontam para a crença de que a melhora das mulheres com FM dependeria, sobretudo, de uma mudança individual, que deveria partir delas. É essa crença que parece sustentar, entre os participantes, um sentimento de impotência, pois, ao acreditar que nada pode ser feito “externamente”, resta-lhes apenas assistir ao sofrimento alheio. É essa experiência subjetiva que inaugura o terceiro campo de sentido, intitulado “A dor do testemunho”, o qual reúne relatos como aqueles que se veem a seguir, em que são realçados os aspectos negativos da convivência com uma pessoa acometida pela síndrome.

(15) [...] é um pouco desafiador, porque eu sinto que é irritante ver a pessoa às vezes quase todo dia estar com alguma coisa de dor e você simplesmente não poder fazer nada, simplesmente aceitar. [...] é difícil lidar com essa realidade, ok, a pessoa está sentindo dor e eu não posso fazer nada, ninguém entende muito bem a causa.

(Gustavo)

(16) Os negativos é ver ela sofrendo, ver ela com dificuldades, com dor, às vezes com angústia, não tá bem. Esse é um aspecto negativo. (Luís)

(17) Assim eu acho que, negativo é assistir, assistir a minha vó querendo, porque assim, ela quer fazer as coisas, ela quer participar, ela quer fazer parte. [...] então o aspecto dessa convivência é eu estar assistindo a minha vó sendo uma pessoa superativa, uma pessoa assim, que tem a cabeça muito ativa, ela assiste série, Netflix, ela tá ali sabe? Vê ela vendo um mundo que ela não pode aproveitar, sabe? Eu acho que isso é uma parte negativa. Eu assistir isso, me dói um pouco. (Caio)

No entanto, embora o sentimento de impotência em relação à melhora do quadro clínico esteja presente, os participantes parecem reconhecer, no contexto da convivência, um papel ativo na redução de danos. O participante Pedro, por exemplo, destaca a importância da própria paciência como ferramenta para evitar conflitos no ambiente doméstico, percepção semelhante à do participante Gustavo, que relata escolher com cuidado os momentos mais apropriados para abordar temas delicados.

(18) Às vezes tentar ajudar, mas principalmente aprender a ter paciência, e tipo é muito fácil, às vezes a pessoa tá com humor negativo e você deixar isso influenciar o seu humor. E isso vira uma coisa meio contagiosa, aí o clima em casa fica ruim, então você realmente tem que aprender a não descontar na outra pessoa o que ela tá descontando por que ela tá sentindo dor, sabe? (Pedro)

(19) [...] hoje vai ser dia meio pesado, não vou tocar num assunto com ela porque eu sei que ela vai sentir dor e vai piorar a conversa em relação a isso. Está um dia mais leve, então eu posso entrar em outros assuntos, sei lá, em relação a querer fazer alguma coisa, sei lá, uma viagem, ou eu precisar comprar alguma coisa e minha mãe não gosta que toca, ou enfim, alguma coisa que ela não gosta, falar de algum problema pessoal meu. (Gustavo)

No relato 19, observa-se que o participante Gustavo sente que só pode recorrer à ajuda da mãe em momentos específicos, quando a dor vivenciada por ela está menos intensa. A dinâmica entre pedir e receber ajuda revela-se um aspecto sensível da convivência com mulheres que vivem com FM. Os dados evidenciam que essa relação é atravessada por

obstáculos, já que por um lado, os familiares demonstram uma tendência a se conter, buscando evitar conflitos, mas por outro, também apontam uma dificuldade das próprias mulheres com FM em solicitar apoio, como será exposto no quarto campo de sentido.

3.4. Hiperalgesia do corpo-mente

No imaginário coletivo dos participantes, se destaca a crença de que mulheres com FM apresentam dificuldade para pedir ajuda. Mais do que isso, porém, eles parecem conceber, na linha dos relatos a seguir, que é algo complexo definir quando esse pedido de ajuda deve ser atendido, considerando que a cronicidade da dor a destituiria de sua função sinalizadora de perigo, como ocorre nos quadros de hiperalgesia inflamatória. É justamente essa característica inflamatória da dor que sustenta o último campo de sentido, intitulado “Hiperalgesia do corpo-mente”.

(20) É uma estória, parece que independente do momento que você pega a estória, desde que a pessoa, a pessoa sendo uma pessoa com fibromialgia, a mulher sendo mulher com fibromialgia, ela vai estar sofrendo em algum ponto da estória, independente do que seja. (Gustavo)

(21) Mas talvez pra esse contexto de sempre ver que a minha mãe estava meio mal, eu cresci meio que achando normal essa coisa da pessoa estar sempre meio mal, [...] mas às vezes eu não sinto que ela está realmente sentindo a dor na forma que ela está sentindo. Parece que por se tornar algo tão comum às vezes eu acho que dentro do meu contexto acaba parecendo banal de, ok, a pessoa está com dor. (Gustavo)

Embora as dores físicas sejam a característica mais marcante da síndrome, nota-se que o estado inflamatório não se restringiria ao corpo em sua dimensão física, pois, como se pode observar no relato 20, para alguns participantes haveria na verdade uma constância de sofrimento. Vale ressaltar que, como exemplificado no relato 21, que a recorrência de queixas torna difícil a identificação do momento de ajudar. Ademais, torna-se interessante destacar também que os participantes identificaram que a melhora do quadro clínico estaria relacionada com uma diminuição de queixas e não necessariamente das dores, como se vê nos relatos a seguir:

(22) Hoje em dia ela tem reclamado menos. Cheguei até a conversar a respeito, ela disse que quando ela voltou o tratamento com antidepressivo melhorou muito, né.

(Pedro)

(23) [...] a minha mãe está tendo algum tipo de quadro de melhora, parece que ela está lidando de uma maneira menos reativa com a dor, parece que ela fica: “tá, estou com dor né, mas é isso né, é o que eu sempre tive”. E parece que eu vejo nela muito, uma coisa de que: “ok, estou com dor, vou ficar cuidando de mim nesse momento, porque eu sei que eu estou com dor, eu sei que ela existe”. Antes era uma coisa, parece que muito mais reativa, de ok, eu estou com dor, eu preciso provar pra vocês o tempo todo que eu estou com dor e ficar falando. (Gustavo)

4. Discussão

4.1. Querer não é poder

No campo de sentido “Querer não é poder” emergiu, do imaginário coletivo dos participantes, a percepção de que mulheres com FM possuiriam uma tristeza persistente. Essa

percepção remete a uma característica comum de certos transtornos psiquiátricos, em especial a depressão, na qual a tristeza contínua aparece como sintoma central (Dalgalarrondo, 2019). Assim, embora inicialmente se trate de uma construção simbólica, observa-se que esse resultado encontra respaldo em pesquisas recentes. Além disso, uma revisão de literatura sobre os aspectos compartilhados por pacientes com FM e pacientes com depressão, identificou que os níveis de depressão são significativamente mais altos em pessoas com FM em comparação com aqueles observados na população em geral¹ (Yepez et al., 2022).

Os resultados reunidos nesse campo de sentido também apontaram para o reconhecimento de uma reciprocidade entre a insatisfação com a vida cotidiana e a frustração diante das limitações impostas pela FM, ambas contribuindo para a intensificação da dor. Essa dinâmica se aproxima dos achados da revisão anteriormente citada, que indicam a existência de uma relação bidirecional entre a síndrome e a depressão. Embora, no presente estudo, os participantes não tenham mencionado diretamente o diagnóstico de depressão, seus relatos sugerem tal correlação: ora a tristeza decorrente das dificuldades da vida ampliaria os sintomas da FM, ora as próprias restrições do adoecimento gerariam sentimentos de tristeza. Assim, os resultados aqui apresentados reforçam as evidências já descritas na literatura, indicando uma sobreposição entre aspectos emocionais e físicos na vivência da FM.

Ainda sobre o primeiro campo de sentido, os participantes consideraram que parte do sofrimento vivenciado por mulheres com FM poderia ser evitado por meio do autocontrole de atitudes e emoções. No entanto, a crença de que “basta querer” encontra importantes contrapontos em um estudo clínico-qualitativo que investigou a relação entre ser mulher e conviver com FM. Nesse estudo, Santo et al. (2024) destacam a relevância de se considerar o contexto social e simbólico no qual o adoecimento se inscreve. As autoras evidenciam que as

¹ Cabe mencionar que a depressão manifesta-se através de sintomas físicos, psíquicos e cognitivos (Delfini, Roque, & Peres, 2009). E, de modo geral, o mesmo se aplica à fibromialgia, havendo diferenças mais significativas apenas quanto aos sintomas físicos.

exigências sociais direcionadas às mulheres na sociedade contemporânea, como a obrigação de serem constantemente produtivas e disponíveis para cuidar, são determinantes em seu sofrimento. A partir dessa compreensão, a FM seria uma via inconsciente de expressão diante de um sofrimento que é, em grande parte, social, escapando, portanto, à lógica do controle racional e voluntário, como sugerido pelos participantes.

4.2. Esporte, religião e terapia

No segundo campo de sentido, os resultados revelam a percepção presente no imaginário coletivo dos participantes de que a melhora do quadro clínico da FM seguiria um passo a passo, por vezes pautado em saberes médicos, mas que deveria necessariamente começar pela iniciativa das próprias pacientes. Essa lógica se aproxima fortemente da identificada por Alves e Peres (2015) em uma pesquisa qualitativa sobre o imaginário coletivo, a qual, porém, foi desenvolvida junto a agentes comunitários de saúde a respeito da assistência em saúde a usuários de álcool e outras drogas. Em ambos os contextos, observa-se semelhanças no sistema de crenças, já que a responsabilização inicial recai sobre o indivíduo, isto é, sobre a própria vítima.

Nesse mesmo campo de sentido, a ausência de religião foi mencionada como motivo para culpabilizar a pessoa com FM por sua condição, enquanto a religiosidade, por outro lado, foi associada a um espaço de esperança e possibilidade de melhora. Esses resultados encontram contrapontos em um estudo quantitativo que investigou a relação entre religião e o enfrentamento da síndrome. Nesse estudo, Rocha e Kirchner (2023) identificaram que, embora a fé possa oferecer senso de pertencimento e apoio emocional, também pode dificultar o processo de enfrentamento. Isso porque o adoecimento é capaz de suscitar dúvidas sobre a crença em Deus, além de, em alguns contextos, ser interpretado como castigo divino, o que tende a gerar conflitos com membros da comunidade religiosa. O estudo também destacou que

pode haver pressão do círculo social para que a paciente adote práticas religiosas, mesmo sem vontade pessoal, o que pode resultar em tensão e ansiedade.

4.3. A dor do testemunho

O terceiro campo de sentido reúne os resultados referentes à “dor do testemunho”, isto é, ao sofrimento vivenciado pelos familiares pela convivência com alguém que permanece em constante sofrimento e sem uma perspectiva de melhora. Essa experiência guarda grande semelhança com o fenômeno conhecido como fadiga de compaixão, termo utilizado para descrever um estado frequente entre profissionais da saúde. Em um estudo sobre esse tema no contexto da finitude, Cardoso et al. (2023) destacam que a discussão grupal dos casos e a presença de uma rede de apoio configuram estratégias importantes de enfrentamento de dificuldades comuns aos profissionais da saúde pela proximidade com o padecer alheio.

Nessa perspectiva, torna-se interessante destacar que, embora tenha sido mais amplamente identificada no contexto desses profissionais, a fadiga por compaixão também vem sendo observada em familiares de pacientes. Um exemplo é a revisão de literatura conduzida por Day e Anderson (2011), que buscou encontrar temas em comum em pesquisas sobre a fadiga por compaixão e aplicá-los no contexto de familiares cuidadores de pessoas com demência. Esse estudo apontou como fatores determinantes para a ocorrência da fadiga a desesperança e a impotência, os quais também foram relatados entre os familiares de mulheres com FM participantes do presente estudo. Além disso, vale destacar que a mesma revisão demonstrou que dentre as consequências da fadiga por compaixão estão a depressão, estresse e diminuição da qualidade de relacionamento entre cuidador-paciente.

4.4. Hiperalgesia do corpo-mente

Por último, os resultados concernentes ao campo de sentido “hiperalgesia do corpo-mente” retratam a dificuldade dos participantes em identificar a função sinalizadora de ajuda nas queixas das mulheres com FM. Os relatos revelam, inclusive, uma relação de banalidade com a dor, o que se assemelha aos resultados do estudo supracitado a respeito da fadiga de compaixão em cuidadores familiares. Nesse estudo, Day e Anderson (2011), destacam a experiência de desligamento emocional enquanto uma das possíveis consequências da exposição prolongada ao sofrimento, o que parece ser compartilhado com os familiares de mulheres com FM.

Os resultados nesse campo de sentido também apontaram para uma sensação por parte dos participantes de que a melhora da FM estaria relacionada com uma diminuição das queixas. Em um estudo qualitativo com um grupo de pacientes com FM, Silva (2019), ressaltou que a falta de reconhecimento social da dor provocada pela FM faz com que as mulheres sintam necessidade de comprovar as dores através das queixas, o que causa muito sofrimento e nem sempre é garantia de receber apoio e cuidado. Nesse sentido, uma diminuição das queixas poderia estar relacionada com uma diminuição da necessidade de comprovar as dores, diminuindo parte do sofrimento, o que está de acordo com a percepção dos participantes.

5. Considerações finais

A escuta de familiares do gênero masculino viabilizada no presente estudo evidenciou que integrantes desse grupo social concebem que a mulher com FM tende a se posicionar diante da vida a partir do sofrimento, ora relacionado aos contratemplos cotidianos, ora decorrente das limitações impostas pela síndrome. Nessa perspectiva, destacaram-se como recursos considerados essenciais para a melhora do quadro clínico a terapia, a atividade física e a religiosidade, desde que acompanhadas do engajamento ativo das pacientes. Paralelamente,

emergiram relatos sobre o sofrimento vivenciado pelos próprios familiares ao presenciarem a dor de mulheres com FM. Além disso, observou-se a compreensão da síndrome como uma forma de pedido de ajuda que, entretanto, fracassa em seu propósito, já que acaba banalizando o sinal de alerta e dificultando a construção de relações de cuidado. Em síntese, parece razoável propor que o imaginário coletivo dos participantes acerca da FM é moldado predominantemente pela culpabilização da vítima, por um lado, e pela fadiga por compaixão, por outro.

Esses resultados apontam para a necessidade de ampliar o olhar do cuidado em saúde também para a família de mulheres com FM. Tal cuidado não deve restringir-se à garantia de que os familiares cumpram o papel de rede de apoio à mulher, mas considerar igualmente os impactos que a convivência produz sobre eles. Observou-se que esse contexto pode gerar sofrimento psíquico nos familiares, o que evidencia a importância de reconhecê-los como sujeitos que também necessitam de atenção e acolhimento. Enquanto limitações do presente estudo, vale mencionar o número reduzido de participantes e sua homogeneidade em termos de idade, escolaridade e ocupação, o que certamente impactou em uma certa padronização das narrativas. Desse modo, para futuras pesquisas, sugere-se uma maior diversificação desse perfil de participantes, já que essas são características que podem influenciar a vivência no contexto do adoecimento de um familiar.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Ambrosio, F. F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Ambrosio, F. F. (org.). *Cadernos ser e fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*, p. 5-8. São Paulo: IPUSP
- Alves, A. F., & Peres, R. S. (2015). Collective imaginary of community health agents on alcohol and other drugs. *Psicologia em Estudo*, 20(2), 225-234.
<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i2.25051>
- Boulton, T. (2019). Nothing and everything: fibromyalgia as a diagnosis of exclusion and inclusion. *Qualitative Health Research*, 29(6), 809-819.
<https://doi.org/10.1177/1049732318804509>
- Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: an application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice*, 2011, 408024. <https://doi.org/10.1155/2011/408024>
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3^a ed.). Artmed.
- Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 12-22.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n1/v2n1a03.pdf>
- Dias, M. A., & Peres, R. S. (2022). Aportes winniciotianos para a compreensão das vivências da maternidade em mulheres com fibromialgia. *Contextos Clínicos*, 15(3), 473-490.
<https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.07>

- Dizner-Golab, A., Lisowska, B., & Kosson, D. (2023). Fibromyalgia: etiology, diagnosis and treatment including perioperative management in patients with fibromyalgia. *Reumatologia*, 61(2), 137. <https://doi.org/10.5114/reum/163094>
- Gonzalez, B., Novo, R., Peres, R. S., & Baptista, T. (2019). Fibromyalgia and rheumatoid arthritis: personality and psychopathology differences from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Personality and Individual Differences*, 142, 260-269. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.013>
- Häuser, W., & Fitzcharles, M. A. (2018). Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 53-62.
- Herrmann, F. (2017). *Sobre os fundamentos da psicanálise: quatro cursos e um preâmbulo*. São Paulo: Blucher.
- Heymann, R. E., Paiva, E. S., Martinez, J. E., Helfenstein, M., Jr, Rezende, M. C., Provenza, J. R., Ranzolin, A., Assis, M. R., Feldman, D. P., Ribeiro, L. S., & Souza, E. J. R. (2017). Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57 Suppl 2, 467-476. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.002>
- Kocyigit, B. F., & Akyol, A. (2022). Fibromyalgia syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment. *Reumatologia*, 60(6), 413. <https://doi.org/10.5114/reum.2022.123671>
- Montesó-Curto, P., Cubí-Guillen, M. T., Lladser Navarro, A. N., Puig Llobet, M., & Toussaint, L. (2022). Family perceptions and experiences of living with patients with fibromyalgia syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 44(20), 5855-5862. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1948620>
- Muniz, R. J., Castro, M. S., Dussán-Sarria, J. A., Caumo, W., & Souza, A. D. (2021). Pain catastrophizing in daughters of women with fibromyalgia: a case-control study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71(3), 228-232. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.10.012>

- Oliveira Júnior, J. O., & Almeida, M. B. D. (2018). *The current treatment of fibromyalgia. Brazilian Journal of Pain, 1*, 255-262. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180049>
- Peres, R. S. (2021). Experiences of falling ill with fibromyalgia: an incursion into the collective imaginary of women. *Paidéia, 31*, e3140. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3140>
- Rocha, D. R. D. D., & Kirchner, L. F. (2023). O impacto da religiosidade no enfrentamento positivo e negativo da dor em mulheres com fibromialgia. *Estudos de Religião, 37*(3), 325-344. <https://doi.org/10.15603/er373325-344>
- Rosa, D. C. J., Lima, D. M., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2019). O conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica: uma revisão integrativa. *Psicologia Clínica, 31*(3), 577-595. <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n03A09>
- Santo, A., Silva, R. R., & Santos, K. A. (2024). Dor e psicanálise: o que enuncia a fibromialgia sobre ser mulher?. *Revista Subjetividades, 24*(1), e13302. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i1.e13302>
- Silva, A. M. (2019). *Invisível e imprevisível: a fibromialgia no imaginário coletivo de um grupo de pacientes*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Uberlândia]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/30840>
- Vázquez Canales, L. D. M., Pereiró Berenguer, I., García-Iturrospe, E. A., & Rodríguez, C. (2024). Dealing with fibromyalgia in the family context: a qualitative description study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 42*(2), 327-337. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2322103>
- Visintin, C. D. N., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2023). O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em pesquisas qualitativas sobre imaginários coletivos. *Estilos Da Clínica, 28*(1), 98-114. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v28i1p98-114>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.

Temáticas, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

Yepez, D., Grandes, X. A., Manjunatha, R. T., Habib, S., Sangaraju, S. L., & Grandes, X.

(2022). Fibromyalgia and depression: a literature review of their shared aspects. *Cureus*, 14(5), e24909. <https://doi.org/10.7759/cureus.24909>

Anexos

(1) Desenho realizado pelo participante Gustavo



(2) Desenho realizado pelo participante Caio

(3) Desenho realizado pelo participante Pedro



(4) Desenho realizado pelo participante Luís

