



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE INTERIORIZAÇÃO
DA ATENÇÃO À SAÚDE - PRMIAS

MARIA VITÓRIA DOS SANTOS

A DOR INVISÍVEL: FIBROMIALGIA E SEUS SIGNIFICADOS PARA MULHERES

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE INTERIORIZAÇÃO
DA ATENÇÃO À SAÚDE-PRIMIAS

MARIA VITÓRIA DOS SANTOS

A DOR INVISÍVEL: FIBROMIALGIA E SEUS SIGNIFICADOS PARA MULHERES

Orientadora: Juliana Lourenço Araújo Veras
Co-Orientadora: Jullyane Chagas Barboza Brasilino

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Maria Vitória.

A dor invisível: fibromialgia e seus significados para mulheres / Maria Vitória Santos. - Vitória de Santo Antão, 2025.

41 p.; tab.

Orientador(a): Juliana Lourenço Veras

Cooorientador(a): Jullyane Chagas Brasilino

Trabalho de Conclusão de Residência - TCR (Especialização) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde, 2025.

Inclui referências, anexos.

1. Fibromialgia. 2. Saúde da Mulher. 3. Percepção da Dor. 4. Fenomenologia. 5. Subjetividade. 6. Sentido e Significado. I. Veras, Juliana Lourenço. (Orientação). II. Brasilino, Jullyane Chagas. (Coorientação). IV. Título.

150 CDD (22.ed.)

MARIA VITÓRIA DOS SANTOS

A DOR INVISÍVEL: FIBROMIALGIA E SEUS SIGNIFICADOS PARA MULHERES

TCR apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

Aprovado em: 25/03/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Juliana Lourenço de Araújo Veras (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Juliana Gomes de Barros

(Examinadora Externa)

Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão

Prof.ª Dra. Ana Paula Lopes de Melo (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Às mulheres que carregam em seus corpos o grito das suas dores silenciadas

AGRADECIMENTOS

“O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas -
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam”
Guimarães Rosa

O livro *Psicologias*, da Ana Bock, foi a minha porta de entrada para a Psicologia, e lembro-me de me impactar profundamente com as palavras de Guimarães Rosa logo no início. Sete anos se passaram, cinco na universidade e dois na residência. A jovem de 16 anos que eu fui jamais imaginaria que, aos 23, enfrentaria tanta dissonância na vida. Esses dois anos de residência mais me fizeram perder do que encontrar os meus caminhos pessoais e profissionais. Hoje sei que essa desarmonia foi necessária, não porque encontrei a afinação perfeita, não que ela exista, mas porque estou aprendendo a confiar no fluxo da existência. Por isso, sinto-me imensamente grata às pessoas que ajudaram a harmonizar meu tom desafinado ao longo desses anos.

À minha mãe, que me apoiou em todos os momentos, desde a minha saída até ao meu retorno à sua casa.

Aos meus companheiros do Esquadrão XL: Maria Eduarda, João, Gabriel e André. Nos momentos em que as coisas ficaram sombrias, viver aventuras Pokémon no Parque da Cidade trouxe uma felicidade descomunal ao meu coração. Vocês são o melhor troféu que eu poderia ganhar.

Aos meus R iguais: Tiago, Sâmila, Erik, Arianne e Natalícia. Conviver e aprender com vocês me fez acreditar que o SUS está em boas mãos. Além de excelentes profissionais, vocês são pessoas verdadeiramente comprometidas em fazer o bem aos outros. O futuro de vocês será deslumbrante, e disso eu não tenho dúvidas.

À Thamyres, que foi meu porto seguro durante o tempo que habitou em Vitória de Santo Antão. Obrigada pela ajuda para me situar na cidade e por toda a insistência na construção do nosso vínculo. O amor e a admiração que sinto por quem você é transcende os limites geográficos e territoriais.

Às orientadoras, Jullyane e Juliana, que, além de contribuírem com toda a parte teórica deste trabalho, também foram extremamente gentis, receptivas e acolhedoras com todas as dificuldades que surgiram. A ambas, minha gratidão por ajudarem a compor esta trajetória com mais harmonia.

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica musculoesquelética com um perfil epidemiológico bem estabelecido. Embora as mulheres representem cerca de 90% dos casos diagnosticados, ainda há pouco conhecimento concreto sobre sua etiologia e os fatores que explicam essa predominância feminina. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi investigar os significados atribuídos pelas mulheres à fibromialgia. Este estudo de abordagem qualitativa e exploratória, utilizou entrevistas semi-estruturadas com 05 mulheres, num período de outubro de 2024 a fevereiro de 2025, analisadas por meio da Análise de Conteúdo e foi fundamentado na fenomenologia. A análise resultou em 07 categorias temáticas que refletiram diferentes dimensões da experiência das participantes com a fibromialgia, no que se referiu: ao Diagnóstico, as Vivências emocionais, as Vivências sociais, aos Sintomas físicos e cognitivos, aos Significados, ao Surgimento e a Relação. Entre os significados atribuídos à doença, destacaram-se duas principais subcategorias: Resistência, entendida como a luta constante contra a dor e a busca por um novo sentido de identidade; e Fim, que expressou a percepção de que a doença pode marcar a finalização de uma vida ativa. Esses achados mostram uma variação nos sentidos atribuídos à fibromialgia, desde a ideia de persistência até sentimentos de desamparo e invisibilidade. Diante disso, é importante o reconhecimento acerca de como essas mulheres significam as suas próprias vidas diante deste adoecimento, com vistas a possibilidade de compreenderem melhor a relação estabelecida com suas próprias histórias e o impacto que a fibromialgia trouxe em suas vidas.

Palavras-chave: fibromialgia; significados; mulheres.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic musculoskeletal pain syndrome with a well-established epidemiological profile. Although women represent approximately 90% of diagnosed cases, there is still limited concrete knowledge about its etiology and the factors that explain this female predominance. In this context, the objective of this study was to investigate the meanings attributed to fibromyalgia by women. This qualitative and exploratory study used semi-structured interviews with five women, conducted between October 2024 and February 2025. The data were analyzed through Content Analysis and grounded in phenomenology. The analysis resulted in seven thematic categories that reflected different dimensions of the participants' experiences with fibromyalgia, including: Diagnosis, Emotional Experiences, Social Experiences, Physical and Cognitive Symptoms, Meanings, Onset, and Relationship. Among the meanings attributed to the illness, two main subcategories stood out: Resistance, understood as the constant struggle against pain and the search for a new sense of identity; and End, which expressed the perception that the illness can mark the end of an active life. These findings reveal a range of meanings attributed to fibromyalgia, from the idea of persistence to feelings of helplessness and invisibility. Therefore, it is important to recognize how these women make sense of their lives in the face of this condition, in order to better understand the relationship they establish with their own life stories and the impact that fibromyalgia has had on their lives.

Keywords: fibromyalgia; meanings; woman.

LISTA DE ABREVIACÕES

APS Atenção Primária ¢ Saúde

CAV Centro Acadêmico de Vitória

E-MULTI Equipes Multiprofissionais

FM Fibromialgia

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

SUS Sistema nico de saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
3. OBJETIVOS	15
4. ARTIGO	16
REFERÊNCIAS	30
ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA PSICOLOGIA E SAÚDE	33
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS	
38	

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa investigou os significados atribuídos pelas mulheres às dores invisíveis associadas à fibromialgia (FM). Observa-se que essa condição apresenta particularidades que vão desde a diversidade de sintomas até as implicações sociais relacionadas às questões de gênero. Embora avanços significativos tenham ocorrido desde sua descoberta na década de 1970, ainda existem lacunas importantes quanto às causas e aos tratamentos que possam proporcionar uma melhor qualidade de vida (Sharie *et al.*, 2024). No entanto, um dos aspectos mais desafiadores e menos explorados da FM é a compreensão de como as mulheres vivenciam e atribuem significado aos seus processos de adoecimento.

Segundo Knoplich (2001), a FM é uma síndrome de dor crônica, musculoesquelética e generalizada, sem uma causa definida e que não pode ser detectada por exames laboratoriais ou de imagem. Os seus sintomas são bastante variáveis e englobam: dores generalizadas, síndrome do intestino irritável, distúrbios do sono, fadiga crônica, depressão, quadros ansiosos, perda de memória e confusão mental (Heyman *et al.*, 2017). Além disso, uma das descobertas mais notáveis relacionadas a esse adoecimento está relacionada a uma alteração no sistema nervoso central que acaba amplificando os sinais nervosos direcionados à sensações de dor (Wolfe; Rasker, 2021).

Diante da diversidade dos sintomas mencionados acima, o diagnóstico da FM envolve alguns critérios específicos: o índice de dor generalizada (Widespread Pain Index), que visa avaliar a dor em 19 áreas do corpo nos últimos sete dias; a escala de severidade dos sintomas (Symptom Severity), que engloba aspectos como fadiga, distúrbios do sono e dificuldades cognitivas; e, por fim, dada a semelhança com alguns distúrbios reumatológicos, a existência de exames e critérios diferenciais que permitam o seu reconhecimento (Ahmed; Aggarwal; Lawrence, 2019).

No que se refere ao tratamento da fibromialgia, este envolve intervenções que combinam medidas farmacológicas e abordagens multidisciplinares. Entre os medicamentos prescritos, destacam-se os neuromoduladores e antidepressivos, utilizados para atenuar os sintomas e ajustar a resposta sensorial à dor. Além disso, a abordagem multidisciplinar inclui exercícios físicos de baixa intensidade, como caminhadas, alongamento, ioga, hidroginástica e pilates. O acompanhamento fisioterapêutico, voltado para o fortalecimento muscular, e a psicoterapia, focada no manejo de questões emocionais como depressão e ansiedade, também são estratégias importantes. Quando integradas a um cuidado contínuo e adaptado às necessidades individuais, essas intervenções têm mostrado resultados positivos no manejo da fibromialgia (Sharie *et al.*, 2024).

Em relação aos dados epidemiológicos, estima-se que a fibromialgia afeta cerca de 2,5% da população brasileira (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2024). Sendo que aproximadamente 90% dos casos ocorrem em mulheres, com diagnóstico mais comum entre os 30 e 50 anos (Cooksey ;Choy, 2022). Diante desse cenário, alguns estudos buscam compreender os fatores que tornam esse grupo mais suscetível, levantando hipóteses de que alterações hormonais, fisiopatológicas, genéticas e psicológicas possam influenciar o desenvolvimento da condição (Sharie *et al.*, 2024).

Por essa razão ao abordar a questão da FM, é crucial compreender a diferença entre dois conceitos básicos que são abarcados pela psicologia social: sexo e gênero. Para Stoller (1968), sexo é definido pela combinação de características biológicas, como cromossomos, genitália, gônadas, hormônios e traços secundários. O gênero, por outro lado, é mais relacionado aos aspectos psicológicos e culturais e pode mudar independentemente do sexo biológico. O papel de gênero, como ressaltado por Silva *et al.* (2023), se refere às expectativas sociais sobre comportamentos considerados adequados para os indivíduos de gênero feminino e masculino e é construído a partir das percepções culturais e sociais. Como este estudo contou exclusivamente com a participação de mulheres cisgênero, ao longo da pesquisa, o termo "mulheres" será utilizado para se referir às participantes. Essa escolha visa manter a coerência na apresentação dos dados e respeitar a identidade de gênero das entrevistadas.

Esta pesquisa surgiu através do encontro de uma psicóloga residente com mulheres diagnosticadas com FM, através de atendimentos individuais em postos de saúde. Apesar de significativas, as dores generalizadas não eram a queixa principal; outros sintomas de esfera psicológica, como angústia, ansiedade e a necessidade de alguém para ouvir as suas histórias de vida, eram as maiores preocupações naquele momento. Ao abrir espaço para o encontro com o sofrimento dessas mulheres, surgiu a sensação de que essas histórias precisavam ser esmiuçadas, valorizadas e, sobretudo, reconhecidas. É a partir desse ponto inicial, das mulheres, seus sofrimentos, seus ditos e não ditos e suas formas de lidar com o mundo e consigo mesmas que este estudo foi pensado e teve como objetivo investigar os significados atribuídos pelas mulheres ao adoecimento pela FM.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Na medida em que se fala sobre FM e dor, torna-se necessário, também, percorrer um processo de adoecimento que acomete, majoritariamente, o público feminino e foi alvo de descredibilização pela comunidade científica e pela população geral da época. Freud (1893/1983), ao estudar a histeria, destacou que os sintomas físicos apresentados por pacientes histéricas não possuíam uma origem orgânica detectável, mas estavam ligados a conflitos psíquicos inconscientes. A teoria psicanalítica propôs que esses sintomas eram manifestações de processos psíquicos reprimidos, frequentemente relacionados a traumas e questões subjetivas.

Apesar da aparente semelhança entre a FM e os quadros histéricos, a tentativa de correlação entre esses dois fenômenos não reside na intenção de acrescentar a FM no escopo das patologias histéricas. A menção à histeria tem o objetivo de exemplificar um sofrimento que, por suas características invisíveis e por atingir principalmente as mulheres, foi, por muito tempo, interpretado como uma manifestação exclusivamente psicológica.

Outro aspecto relevante da FM é a variedade de sintomas que a acompanham, com destaque para os sintomas cognitivos, conhecidos como Névoa da FM (*fibrofog*). Segundo Kravitz e Kratz (2015), esses sintomas não receberam tanta atenção quanto a dor generalizada e a fadiga crônica, embora pacientes com FM frequentemente relatem dificuldades de memória, esquecimento, além de declínios na função cognitiva e no nível de alerta mental.

No que se refere aos critérios diagnósticos para a FM, foram inicialmente propostos por Hench, em 1976, e posteriormente aprimorados por Smythe e Moldofsky, em 1977. Esses estudos foram fundamentais para o entendimento e reconhecimento da FM como uma condição clínica distinta, ajudando a estabelecer parâmetros para identificar e diagnosticar a doença de forma mais precisa. A contribuição desses pesquisadores foi essencial para o desenvolvimento dos critérios que, ao longo dos anos, foram sendo ajustados e refinados à medida que mais estudos sobre a doença surgiam (Slompo;Bernardin, 2006). Nessa linha de raciocínio Heyman *et al.* (2017), reforçam a importância do conhecimento sobre a etimologia da palavra “Fibromialgia”, que em tradução do grego significa respectivamente ‘tecido fibroso’, ‘músculo’ e ‘dor’.

Segundo a International Association for Pain (2020) a dor é “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou que se assemelha àquela associada a dano real ou potencial dos tecidos”. Podendo ser significada enquanto um processo desagradável que tanto pode envolver correlatos orgânicos quanto expressões menos perceptíveis, bem como ocorre na FM. No caso da FM, a ausência de marcadores biológicos evidentes levou, historicamente, à desvalorização da vivência dessas pessoas, fazendo com que a síndrome fosse frequentemente associada a um adoecimento estritamente psicológico

Segundo *Heyman et al.* (2012), que elaboraram uma revisão de literatura sobre os aspectos clínicos e ocupacionais da FM, esse adoecimento, não tem uma vinculação direta com o ambiente de trabalho, não sendo considerada uma doença laboral. No entanto, devido a sua gama de sintomas, em muitos casos, afastamentos do ambiente de trabalho são necessários para realização de eventuais tratamentos. Levando em consideração as dificuldades de retorno ao trabalho, no ano de 2023 foi aprovada a lei Nº 14.705 em território brasileiro com o objetivo de assegurar condições ampliadas de tratamento para pessoas com FM, compondo assim um cuidado multiprofissional com psicológicos, fisioterapeutas, reumatologistas, nutricionistas, etc (Brasil, 2023).

Nesse contexto, busca-se compreender os fatores que contribuem para a maior prevalência da FM entre as mulheres. *Dutta et al.* (2020), indicam que fatores hereditários desempenham um papel importante, destacando que indivíduos com menos de 50 anos apresentam maior predisposição genética para herdar a FM em comparação com aqueles com mais de 50 anos, independentemente do gênero. Além disso, há possibilidade de desregulação de neurotransmissores, principalmente a serotonina, norepinefrina e a dopamina. Num estudo de caso-controle, foi observado que mulheres com FM em comparação com mulheres que não possuíam esta patologia, possuíam níveis basais menores de serotonina (*Nimer et al.*, 2018). Outra hipótese é de que a sensibilização central desempenha um papel fundamental na amplificação dos sinais de dor na FM, resultando em uma resposta exacerbada e prolongada do sistema nervoso central a estímulos. Esse fenômeno está relacionado a disfunções nos receptores N-Metil D-aspartato e a um desequilíbrio entre neurotransmissores excitatórios e inibitórios, contribuindo para dor persistente e generalizada característica da condição (*Latremoliere; Woolf*, 2009).

A busca pela etiologia da FM é extremamente necessária e importante para identificação de fatores que possam prevenir e encontrar tratamentos capazes de reduzir os sintomas e os quadros dolorosos. Por outro lado, fatores sociais decorrentes dos papéis de gênero precisam também ser considerados quando se trata de percepção da dor. *Nascimento et al.* (2020), ao realizarem uma busca em bases de dados sobre variáveis referentes à comunicação e limiar de dor encontraram dados significativos sobre a possibilidade de quadros dolorosos serem subdiagnosticados em homens, em função das construções sociais, onde a figura masculina deve ser resistente e não comunicar dor em nenhuma ocasião. Em contrapartida, as mulheres têm um limiar menor de dor e comunicam com mais facilidade seus sofrimentos.

Nessa perspectiva, *Cowell* (2005) dedicou-se a estudar as questões da masculinidade no cotidiano, e, ao refletir sobre o conceito de gênero como uma construção social, sua análise se torna particularmente relevante para compreender as dinâmicas relacionadas à FM. O gênero, nesse contexto, deve ser entendido não como uma categoria biológica ou imutável, mas como um constructo social que se configura e se transforma de acordo com as interações sociais em um

contexto cultural e histórico específico. Esse conceito é crucial quando discutimos as diferentes formas como homens e mulheres vivenciam e lidam com doenças crônicas, como a FM, cujos impactos muitas vezes variam de acordo com normas e expectativas de gênero.

Os dados obtidos pelas ciências sociais e naturais são construções baseadas na observação de determinados acontecimentos. Embora esse modo de categorização do conhecimento seja fundamental, surge a necessidade de um método e uma teoria que busque retomar a gênese da compreensão dos fenômenos. Nesse sentido, a fenomenologia propõe uma abordagem que considera a experiência direta do sujeito como central para o conhecimento. Merleau-Ponty(1945/1995, p. 3)expressa essa perspectiva ao afirmar:

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu "psiquismo", eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada.

Dessa forma, um dos conceitos mais relevantes da fenomenologia é o de intencionalidade, que estabelece a relação entre sujeito (consciência) e objeto. Nessa perspectiva, as unidades de sentido são construídas a partir da noção de que a consciência está sempre voltada para o mundo. Essa forma de compreensão, baseada na redução fenomenológica, torna-se extremamente relevante no contexto da FM. Diversos ramos do conhecimento atribuem significados a essa condição, e esses saberes são fundamentais para sua compreensão. No entanto, para alcançar uma visão mais profunda sobre essa síndrome, é necessário dar um passo atrás: escutar e descrever os significados das vivências das pessoas que a experienciam (Merleau-Ponty,1945/1999).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Investigar os significados atribuídos pelas mulheres à fibromialgia.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender de quais maneiras as mulheres com fibromialgia vislumbram seu processo de adoecimento;
- Explorar como as mulheres com fibromialgia significam suas vidas.

4. ARTIGO

O presente trabalho foi elaborado no formato de artigo requerido pela revista Psicologia e Saúde cujas normas para submissão de artigos se encontram no Anexo A, juntamente com o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo B).

A DOR INVISÍVEL: FIBROMIALGIA E SEUS SIGNIFICADOS PARA MULHERES

Resumo: A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica musculoesquelética com um perfil epidemiológico bem estabelecido. Embora as mulheres representem cerca de 90% dos casos diagnosticados, ainda há pouco conhecimento concreto sobre sua etiologia e os fatores que explicam essa predominância feminina. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi investigar os significados atribuídos pelas mulheres à fibromialgia. Este estudo de abordagem qualitativa e exploratória, utilizou entrevistas semi-estruturadas com 05 mulheres, num período de outubro de 2024 a fevereiro de 2025, analisadas por meio da Análise de Conteúdo e foi fundamentado na fenomenologia. A análise resultou em 07 categorias temáticas que refletiram diferentes dimensões da experiência das participantes com a fibromialgia, no que se referiu: ao Diagnóstico, as Vivências emocionais, as Vivências sociais, aos Sintomas físicos e cognitivos, aos Significados, ao Surgimento e a Relação. Entre os significados atribuídos à doença, destacaram-se duas principais subcategorias: Resistência, entendida como a luta constante contra a dor e a busca por um novo sentido de identidade; e Fim, que expressou a percepção de que a doença pode marcar a finalização de uma vida ativa. Esses achados mostram uma variação nos sentidos atribuídos à fibromialgia, desde a ideia de persistência até sentimentos de desamparo e invisibilidade. Diante disso, é importante o reconhecimento acerca de como essas mulheres significam as suas próprias vidas diante deste adoecimento, com vistas a possibilidade de compreenderem melhor a relação estabelecida com suas próprias histórias e o impacto que a fibromialgia trouxe em suas vidas.

Palavras-chave: fibromialgia, significados, mulheres.

INVISIBLE PAIN: THE EXPERIENCE AND MEANING OF FIBROMYALGIA FOR WOMEN

Abstract: Fibromyalgia is a chronic musculoskeletal pain syndrome with a well-established epidemiological profile. Although women represent approximately 90% of diagnosed cases, there is still limited concrete knowledge about its etiology and the factors that explain this female predominance. In this context, the objective of this study was to investigate the meanings attributed to fibromyalgia by women. This qualitative and exploratory study used semi-structured interviews with five women, conducted between October 2024 and February 2025. The data were analyzed through Content Analysis and grounded in phenomenology. The analysis resulted in seven thematic categories that reflected different dimensions of the participants' experiences with fibromyalgia, including: Diagnosis, Emotional Experiences, Social Experiences, Physical and Cognitive Symptoms, Meanings, Onset, and Relationship. Among the meanings attributed to the illness, two main subcategories stood out: Resistance, understood as the constant struggle against pain and the search for a new sense of identity; and End, which expressed the perception that the illness can mark the end of an active life. These findings reveal a range of meanings attributed to fibromyalgia, from the idea of persistence to feelings of helplessness and invisibility. Therefore, it is important to recognize how these women make sense of their lives in the face of this condition, in order to better understand the relationship they establish with their own life stories and the impact that fibromyalgia has had on their lives.

Keywords: fibromyalgia, meanings, woman.

EL DOLOR INVISIBLE: LA FIBROMIALGIA Y SUS SIGNIFICADOS PARA LAS MUJERES

Resumen: La fibromialgia es un síndrome de dolor musculoesquelético crónico con un perfil epidemiológico bien establecido. Aunque las mujeres representan aproximadamente el 90% de los casos diagnosticados, todavía existe poco conocimiento concreto sobre su etiología y los factores que explican esta predominancia femenina. Ante este panorama, el objetivo de este estudio fue investigar los significados que las mujeres atribuyen a la fibromialgia. Este estudio de enfoque cualitativo y exploratorio utilizó entrevistas semiestructuradas con cinco mujeres, realizadas entre octubre de 2024 y febrero de 2025. Los datos fueron analizados mediante Análisis de Contenido y se fundamentaron en la fenomenología. El análisis dio lugar a siete categorías temáticas que reflejaron diferentes dimensiones de la experiencia de las participantes con la fibromialgia, en relación con: el Diagnóstico, las Vivencias emocionales, las Vivencias sociales, los Síntomas físicos

y cognitivos, los Significados, el Surgimiento y la Relación. Entre los significados atribuidos a la enfermedad, se destacaron dos subcategorías principales: Resistencia, entendida como la lucha constante contra el dolor y la búsqueda de un nuevo sentido de identidad; y Fin, que expresó la percepción de que la enfermedad puede marcar el final de una vida activa. Estos hallazgos muestran una variación en los sentidos atribuidos a la fibromialgia, que van desde la idea de persistencia hasta sentimientos de desamparo e invisibilidad. Por lo tanto, es importante reconocer cómo estas mujeres significan sus propias vidas ante esta enfermedad, con miras a comprender mejor la relación que establecen con sus historias personales y el impacto que la fibromialgia ha tenido en sus vidas.

Palabras-claves: fibromialgia, significados, mujeres.

Introdução

Segundo Knoplich (2001), a fibromialgia(FM) é uma síndrome de dor crônica, musculoesquelética e generalizada, sem uma causa definida e que não pode ser detectada por exames laboratoriais ou de imagem. Os seus sintomas são bastante variáveis e englobam: dores generalizadas, síndrome do intestino irritável, distúrbios do sono, fadiga crônica, depressão, quadros ansiosos, perda de memória e confusão mental (Heyman et al., 2017). Além disso, uma das descobertas mais recentes relacionadas a esse adoecimento está relacionada a uma alteração no sistema nervoso central, que amplifica os sinais nervosos direcionados às sensações de dor (Wolfe & Rasker, 2021).

Diante da diversidade dos sintomas mencionados acima, o diagnóstico da FM envolve alguns critérios específicos: o índice de dor generalizada (Widespread Pain Index), que visa avaliar a dor em 19 áreas do corpo nos últimos sete dias; a escala de severidade dos sintomas (Symptom Severity), que engloba aspectos como fadiga, distúrbios do sono e dificuldades cognitivas; e, por fim, dada a semelhança com alguns distúrbios reumatológicos, a existência de exames e critérios diferenciais que permitam o seu reconhecimento (Ahmed; Aggarwal; Lawrence, 2019).

Observa-se que essa condição apresenta particularidades que vão desde a diversidade de sintomas até as implicações sociais relacionadas às questões de gênero. Estima-se que a FM afeta

cerca de 2,5% da população brasileira (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2024); e que aproximadamente 90% dos casos ocorrem em mulheres, com diagnóstico mais comum entre os 30 e 50 anos (Cooksey & Choy, 2022). Entre os fatores que tornam esse grupo mais suscetível, foi levantada hipóteses de que alterações hormonais, fisiopatológicas, genéticas e psicológicas possam influenciar o desenvolvimento dessa condição (Sharie et al., 2024).

No que se refere ao tratamento da fibromialgia, este envolve intervenções que combinam medidas farmacológicas e abordagens multidisciplinares. Entre os medicamentos prescritos, destacam-se os neuromoduladores e antidepressivos, utilizados para atenuar os sintomas e ajustar a resposta sensorial à dor. Além disso, a abordagem multidisciplinar inclui exercícios físicos de baixa intensidade, como caminhadas, alongamento, ioga, hidroginástica e pilates. O acompanhamento fisioterapêutico, voltado para o fortalecimento muscular, e a psicoterapia, focada no manejo de questões emocionais como depressão e ansiedade. Quando integradas a um cuidado contínuo e adaptadas às necessidades individuais, essas intervenções têm mostrado resultados positivos no manejo da fibromialgia (Sharie et al., 2024).

No contexto do Sistema Único de Saúde(SUS), vale ressaltar o papel da Atenção Primária, que é a porta de entrada preferencial na Rede de Atenção à Saúde(RAS). Nesse contexto, dentro do cuidado territorial, os profissionais de saúde têm uma vinculação direta com os usuários, através de visitas domiciliares, atendimentos individuais e atividades de caráter grupal; sendo este, o espaço onde o cuidado e a vinculação com as pessoas com FM acontece(Ministério da Saúde, 2016).

Embora avanços significativos tenham ocorrido desde sua descoberta na década de 1970, ainda existem lacunas importantes quanto às causas e aos tratamentos que podem proporcionar uma melhor qualidade de vida para as pessoas acometidas pela FM (Sharfaie et al., 2024). No entanto, um dos aspectos mais desafiadores e menos explorados da FM é a compreensão de como as mulheres vivenciam e atribuem significado aos seus processos de adoecimento. Por essa razão, ao abordar a questão da FM, é crucial compreender a diferença entre dois conceitos básicos que são abarcados pela psicologia social: sexo e gênero.

Para Stoller (1968), sexo é definido pela combinação de características biológicas, como cromossomos, genitália, gônadas, hormônios e traços secundários. O gênero, por outro lado, é mais relacionado aos aspectos psicológicos e culturais e pode mudar independentemente do sexo biológico. O papel de gênero, como ressaltado por Silva et al. (2023), se refere às expectativas sociais sobre comportamentos considerados adequados para os indivíduos de gênero feminino e masculino e é construído a partir das percepções culturais e sociais. Como este estudo contou exclusivamente com a participação de mulheres cisgênero, ao longo da pesquisa, o termo "mulheres" será utilizado para se referir às participantes. Essa escolha visa manter a coerência na apresentação dos dados e respeitar a identidade de gênero das entrevistadas.

Esta pesquisa surgiu através do encontro de uma psicóloga residente com mulheres diagnosticadas com FM, através de atendimentos individuais em postos de saúde. Apesar de significativas, as dores generalizadas não eram a queixa principal; outros sintomas de esfera psicológica, como angústia, ansiedade e a necessidade de alguém para ouvir as suas histórias de vida, eram as maiores preocupações naquele momento. Ao abrir espaço para o encontro com o sofrimento dessas mulheres, surgiu a sensação de que essas histórias precisavam ser esmiuçadas, valorizadas e, sobretudo, reconhecidas. E é a partir desse ponto inicial, das mulheres, seus sofrimentos, seus ditos e não ditos e suas formas de lidar com o mundo e consigo mesmas que este estudo foi pensado e teve como objetivo investigar os significados atribuídos pelas mulheres ao adoecimento pela FM.

Percurso Metodológico

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória que foi realizada em três etapas principais: fase exploratória, trabalho de campo e tratamento do material coletado (Minayo, 2006).

O estudo teve como critérios de inclusão mulheres com a partir de 18 anos, diagnosticadas com FM e residentes no território III, o qual foi selecionado por conveniência. Este território é atendido pela Equipe Multiprofissional (e-MULTI) do Cajueiro, do município da Vitória de Santo

Antão-PE, a qual é composta por (01)psicólogo,(01) nutricionista,(01) assistente social, (01)fisioterapeuta, (01)Profissional de Educação Física (01) sanitaria. O critério de exclusão foram as mulheres com fibromialgia que não conseguiram se comunicar verbalmente e não estavam em condições físicas de realizar a entrevista. A amostragem foi por bola de neve, cuja a intenção é investigar grupos difíceis de serem acessados e quando não há precisão acerca do quantitativo amostral.

Para a coleta de dados, foram utilizados 02 instrumentos: (a) um questionário sociodemográfico, que permitiu traçar o perfil das participantes, com informações sobre idade, estado civil, escolaridade e condições de renda e (b) uma entrevista semiestruturada elaborada pelas pesquisadoras, composta pela pergunta disparadora:“*Pode me contar sobre a sua experiência de viver com fibromialgia e como essa condição impacta o seu dia a dia?*” E sete perguntas condutoras:

1. *Como você entende e percebe o seu processo de adoecimento?*
2. *Como é para você conviver com uma dor que os outros não conseguem ver?*
3. *Como você interpreta o surgimento da fibromialgia em sua vida?*
4. *Como é a sua relação com esse adoecimento?*
5. *Quais são os sintomas mais presentes?*
6. *Para você, o que significa conviver com essa doença?*
7. *Você percebe alguma relação entre a sua história e o surgimento da fibromialgia?*

A realização das entrevistas seguiu a seguinte estratégia de recrutamento: (i) conversa com 12 Agentes Comunitárias de Saúde para indicação das comunitárias com o diagnóstico de Fibromialgia, (ii) comparecimento das mulheres ao posto de saúde ou agendamento de visita domiciliar para a realização das entrevistas, (iii)apresentação do diagnóstico da FM pelas participantes do estudo,(iv) leitura integral e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Imagem e Depoimento e (v)realização das entrevistas com utilização de um gravador. As entrevistas duraram em média 40 minutos, e foram

realizadas em consultórios nos postos de saúde ou em locais reservados nas residências das participantes, o que garantiu conforto e privacidade.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2016), dividida em três etapas principais. Na pré-análise, foram definidos os objetivos do estudo, selecionado o corpus composto pelas transcrições das entrevistas e foi realizada uma leitura flutuante para identificar temas recorrentes. A leitura também permitiu estabelecer critérios de recorte e categorização, e as entrevistas foram realizadas com o auxílio do software Microsoft Word 2020. Na exploração do material, os dados foram codificados e as falas das participantes foram organizadas em unidades de significado. Por fim, na fase de tratamento dos resultados, os achados foram analisados à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty(1945/1999) e de outros teóricos que discutem questões relacionadas a gênero e FM. Essa abordagem proporcionou uma compreensão mais profunda das vivências das mulheres com FM, evidenciando os impactos físicos, emocionais e sociais da doença. As entrevistas foram lidas e relidas, o que garantiu uma análise mais detalhada e precisa, que possibilitou uma interpretação significativa e alinhada às teorias estudadas.

Embora a análise tenha sido realizada manualmente, o processo foi conduzido de forma rigorosa, com uma leitura repetida das entrevistas e verificação das categorias com base nas narrativas. O processo de codificação e categorização foi validado por meio de discussões sobre as interpretações das categorias. Vale salientar que os nomes fictícios foram selecionados a partir de flores. Essa escolha teve como objetivo preservar a identidade das participantes, na mesma medida em que se reconhece a singularidade, a força e a sensibilidade de cada uma. Os nomes foram atribuídos de forma a evitar qualquer associação direta com os nomes reais, respeitando os princípios éticos da pesquisa e garantindo o anonimato das entrevistadas.

A pesquisa seguiu as orientações éticas estabelecidas pela Resolução 510/16 do Ministério da Saúde, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico da Vitória de Santo Antão (CAV) com o CAEE N° 81931524.0.0000.9430 e parecer N° 7.079.314 , de modo a garantir a cientificidade do estudo e a segurança das participantes.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 5 mulheres, com idades entre 42 e 62 anos, com diagnóstico de FM. Na Tabela 1, constam as características sociodemográficas das participantes do estudo.

Tabela 1

Informações sociodemográficas das participantes

Participante	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação
Margarida	42	Ensino médio completo	Casada	Do lar
Violeta	43	Ensino fundamental incompleto	Divorciada	Do lar
Jasmin	50	Ensino médio completo	Casada	Do lar
Íris	60	Ensino fundamental incompleto	Viúva	Do lar
Jacarandá	62	Ensino fundamental incompleto	Divorciada	Do lar

Nota. Os nomes reais das participantes foram substituídos por nomes fictícios para garantia do sigilo. Fonte: dados da pesquisa (2025).

Um fato marcante no que se refere às características sociodemográficas das participantes é o fato de que todas relataram que não possuem empregos formais, fora do ambiente doméstico. Os motivos relatados foram principalmente relacionados às dores crônicas e a fadiga presentes na FM que acabam impedindo a manutenção dessas mulheres nos empregos, dessa forma, as fontes de renda de 4 participantes foram relacionadas à renda dos familiares e cônjuges.

Com intuito de melhor representar as características das participantes da pesquisa, será apresentado um breve resumo das suas histórias, a partir dos pseudônimos representados por nomes

de flores.

A participante Margarida é uma mulher de 42 anos que, apesar de relatar um nível elevado de estresse em seu ambiente familiar, diz que sua infância até a chegada à vida adulta foi bastante feliz. No entanto, a partir de diversos conflitos que aconteceram com seu ex-companheiro e as questões relacionadas ao aparecimento da FM em suas vidas, acabaram por suscitar uma forte depressão e muitas dificuldades financeiras, uma vez que por causa das dores e dos demais sintomas, a participante não consegue exercer nenhuma atividade laboral, sendo ajudada por membros da família em seu cotidiano.

A participante Violeta é uma mulher de 43 anos que teve uma infância bastante difícil, sendo deixada quando criança pela mãe sob os cuidados dos avós maternos, os quais acabavam por não fornecerem a atenção que era requisitada pela jovem. Aos 20 anos engravidou de sua primeira filha, que diz que foi a pessoa responsável por ensiná-la a amar. Trabalhou numa fábrica durante muitos anos de sua vida, até que as dores da FM começaram a surgir, e com isso, a dificuldade de fazer algumas atividades de lazer que eram apreciadas pela participante.

A participante Jasmim de 50 anos, conta como a FM foi uma espécie de interrupção da vida anterior que costumava ter, apesar das situações dolorosas vivenciadas como o assassinato de um parente que deixou marcas significativas em sua jornada existencial, diz que a boa relação estabelecida com suas 9 irmãs e com a sua filha a ajudaram a enfrentar esses momentos de dificuldades.

A participante Íris de 60 relata que alguns fatos são marcantes em sua história principalmente relacionados ao falecimento do seu primeiro marido que era um homem bastante violento e o afastamento de seus 4 filhos para morarem em outras regiões do país. Diz se sentir bastante sozinha e, que essa solidão, desencadeia a depressão, transtorno que carrega desde os seus 32 anos. Tem dois cachorros que, segundo a participante, são os companheiros que carregam para enfrentar suas batalhas e os motivos pelos quais acorda e levanta todas as manhãs, apesar de todas as dores.

A participante Jacarandá de 62 anos teve em seu percurso vivencial uma infância bastante humilde, mas muito feliz. No entanto, a partir do momento em que se mudou para outra cidade e passou a se relacionar com um homem que a violentava todos os dias, passou a conviver com uma ansiedade constante, onde fazia de todo o possível para agir da melhor forma possível para não ser agredida pelo seu ex-cônjuge. Em um dado momento, após a sua filha nascer, fruto dessa relação, percebeu que não queria criá-la em um ambiente assim, fugiu dessa casa, e diz que desde então, apesar de todo o sofrimento existente passou a poder “cantar” e é uma mulher livre de verdade. Aos 40 anos descobriu a FM, e desde então, convive com os sintomas do adoecimento.

As dimensões físicas, sociais e emocionais foram diretamente atingidas pela multiplicidade de sintomas que o adoecimento causou. Por meio da Análise de Conteúdo, elencaram-se 07 categorias de discussão que retrataram os significados das experiências vividas por mulheres diagnosticadas com FM: 1. Diagnóstico; 2. Vivências emocionais; 3. Vivências sociais; 4. Sintomas físicos e cognitivos; 5. Significado; 6. Surgimento 7. Relação. Cada uma dessas categorias será apresentada e discutida à luz da fenomenologia e dos autores que discorrem sobre gênero e FM.

A primeira categoria, "Diagnóstico", ressaltou a existência de um processo de descoberta da doença longo e desgastante, marcado por incertezas e frustrações. As participantes relataram dificuldades em obter um diagnóstico preciso, com diversas hipóteses diagnósticas sendo levantadas e descartadas ao longo do tempo a partir dos exames. Como uma delas relatou: *“Eu fazia vários exames e não detectava nada, só ia descartando outros tipos de doenças”*(Íris). Essa experiência refletiu o que é encontrado nos estudos de Sharie et al. (2024), que demonstraram que o Colégio Americano de Reumatologia (2010) precisou atualizar os critérios diagnósticos da FM acrescentando fatores como a presença de fadiga crônica, depressão, distúrbios do sono e alterações cognitivas. Tal mudança amplifica a detecção deste adoecimento que anteriormente eram baseados principalmente nos Tender Points (pontos de tensão) sensíveis à palpação e pouco consideravam os sintomas comumente associados.

No que se refere à segunda categoria, "Vivências emocionais", os relatos evidenciaram a

sensação de desamparo, vazio existencial e angústia diante da doença. As participantes descreveram como se sentiam diferentes das demais pessoas da sociedade, já que a dor constante se tornava um limitante para a realização de atividades cotidianas e laborais, e até mesmo ir à ambientes de lazer era extremamente difícil. Violeta compartilhou sobre essa sensação de distinção das demais pessoas que não possuem FM: *“A gente não quer se sentir tão diferente ou desprezado pela sociedade”* (Violeta).

Em sua obra Fenomenologia da Percepção, Merleau-Ponty (1945/1999) discorreu sobre como a percepção não é um aspecto tão pragmático quanto apontado pelas ciências, não existindo uma forma única de ver determinados acontecimentos. Esse pensamento é reforçado pelas mulheres com FM, que, apesar de vivenciarem a doença de maneira singular, todas relatam a sensação de ruptura em sua experiência corporal e social. A FM, ao apresentar limites físicos e emocionais, transforma a forma como essas mulheres percebem a si mesmas e o mundo ao seu redor.

A terceira categoria, "Vivências sociais", evidenciou os desafios enfrentados por mulheres com FM no âmbito social, especialmente pela falta de apoio governamental e financeiro. Muitas participantes relataram dificuldades para conseguir emprego e benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), uma vez que a FM, por não ser uma enfermidade visível, muitas vezes, não é reconhecida como incapacitante. Como expressou uma delas: *“Nós não temos apoio do governo, não conseguimos empregos. Se formos ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), somos reprovadas, porque não há algo visível. Aí ficamos à mercê. Se temos marido, é ele quem ajuda; se não temos, pedimos a Deus que dê saúde a ele para sustentar a gente. Ou ficamos dependendo de familiares, porque não conseguimos ter o mesmo desenvolvimento e saúde que as pessoas normais têm. E isso é muito difícil.”* (Violeta) Essa vulnerabilidade econômica também foi observada nos dados socioeconômicos das pesquisadas, onde três das cinco participantes afirmaram não ter renda suficiente nem para a compra de medicamentos. Em 2023, a Lei nº 14.705 (Brasil, 2023) foi sancionada para garantir assistência farmacêutica, atendimento multidisciplinar e exames complementares às pessoas com FM, contudo, ainda não há uma legislação consolidada que

assegure esse auxílio financeiro para aquelas que não conseguem trabalhar, permanecendo essa demanda ainda em tramitação legislativa.

Além das dificuldades emocionais e sociais, alguns “Sintomas físicos e cognitivos” foram amplamente mencionados, incluindo dores generalizadas, fadiga extrema e dificuldades cognitivas, como esquecimento e dificuldade de concentração. Como relatou a participante Margarida: *"Minha memória é ruim. A falta de memória é terrível. Eu lembro das coisas antigas, quando não tinha esses problemas."* (Margarida). Esses sintomas, conhecidos como "fibrofog", apesar de terem menor visibilidade nos estudos sobre a FM, são referenciados na literatura, principalmente por Kravitz e Katz (2015), que relataram ao longo de seus estudos o quão comum é a presença de sintomas de esquecimento e confusão mental em pacientes diagnosticados com FM.

Em relação à categoria "Significados", as respostas variaram entre duas perspectivas distintas. Algumas mulheres não conseguiam atribuir um sentido à sua existência após o diagnóstico, como ilustrado na seguinte afirmativa de Irís: *"Acho que, pra minha vida, foi o fim. Não consigo mais ser eu mesma. Não consigo trabalhar."* (Irís). Por outro lado, algumas participantes viam o adoecimento como um processo doloroso, mas ainda assim, reconheciam formas de seguir em frente, como expressado por uma delas: *"Se fosse para definir em uma palavra, eu diria: resistência... É assim que eu vivo. Então, definir a FM é isso: viver e aguentar. Porque ela afeta tudo."* (Jacarandá). Essa dualidade na percepção da doença pode ser analisada à luz da fenomenologia, que, conforme Merleau-Ponty (1945/1999), entende a experiência como algo vivido de forma única e subjetiva.

A FM ao modificar o corpo e a existência dessas mulheres, acaba por impactar numa nova forma de se relacionar com o mundo, o que pode tanto gerar um sentido de perda, quanto de resistência, dependendo da perspectiva adotada. Além disso, segundo Nascimento et al. (2020), o papel de gênero atribuído às mulheres pela sociedade exerce uma forte influência sobre a forma como elas internalizam e enfrentam suas responsabilidades. A expectativa de que as mulheres devem cuidar de si mesmas e dos outros reforça uma ideia de feminilidade que, quando não

cumprido, gera sofrimento e angústia, pois muitas se sentem incapazes de atender a essas normas, especialmente em contextos de adoecimento.

Cowell (2005) argumenta que tais normas são frequentemente moldadas pelos fatores culturais e sociais que condicionam as expectativas de gênero, constantemente reinterpretadas e remodeladas pela ação de forças sociais. A experiência da FM também é condicionada por normas e expectativas sociais, especialmente relacionadas ao gênero. Embora as mulheres sejam constantemente pressionadas a se colocarem nos papéis tradicionais de cuidadoras as quais precisam exercer um papel social estigmatizado relacionado a precisar dar conta de todos os afazeres domésticos e laborais; as suas experiências de adoecimento podem ser compreendidas como um espaço de resistência e reconstrução da identidade, enquanto reescrevem seu papel na sociedade e seu relacionamento com o corpo.

Nesse contexto, as forças que constroem essas normas e as forças que limitam e contrapõem essas expectativas incidem diretamente na maneira como as mulheres enfrentam a FM, construindo diferentes modalidades de significação e resistência.

Em relação à categoria temática "Surgimento", as mulheres entrevistadas foram convidadas a compartilhar suas percepções sobre os possíveis fatores desencadeantes do adoecimento. As razões apresentadas foram as mais variadas e incluiu “*estresse*” (participante Margarida, Violeta, Jasmim, Íris, Jacarandá), a crença de que seria “*coisa da cabeça*” (sic) (Participantes Margarida, Jasmim, Íris, Jacarandá), “*episódios de violência*” (Participantes Jasmim e Jacarandá), “*depressão*” (Participantes Jasmim, Íris, Jacarandá) e o “*frio*” (Jacarandá). A partir dessa diversidade de respostas, reflete-se a singularidade da FM e como diferentes fatores podem estar interligados na experiência de adoecimento dessas mulheres. Apesar das hipóteses serem bastante diversas, considerando questões genéticas, hormonais e alterações fisiológicas, até o presente momento, não há nenhuma pesquisa que consiga trazer evidências conclusivas acerca do percurso etiológico dessa síndrome (Dutta et al., 2020).

Por fim, na categoria temática "Relação", as mulheres destacaram a importância de serem reconhecidas e compreendidas em sua situação. Como uma delas expressou: *“Querida que alguém procurasse olhar mais por essas pessoas, que estudassem mais para ver se encontram uma solução ou algo positivo. A gente não quer se sentir tão diferente ou desprezado pela sociedade”* (Violeta). Quando a fenomenologia se refere à tentativa de criar uma ciência objetiva da subjetividade (Husserl, 2014), ela o faz justamente com a finalidade de possibilitar reflexões como a levantada pela entrevistada, o que permite uma compreensão que vai além de uma interpretação exclusivamente objetiva e limitada, que não consegue captar a realidade do adoecimento e das percepções do sujeito. Apesar do dado objetivo, a FM e as relações estabelecidas com essa condição dependem da intencionalidade da consciência, do contexto social, político e histórico vivenciado (Merleau-Ponty, 1945/1999).

Em síntese, os resultados desta pesquisa evidenciaram as diversas facetas da FM, que transcendem os aspectos físicos da doença, abrangendo também impactos emocionais, sociais e cognitivos significativos. A análise das categorias temáticas revelou diferentes formas de enfrentamento da doença, variando desde a resistência e adaptação, até a angústia causada pela dificuldade de desempenhar atividades cotidianas.

Considerações Finais

A partir deste recorte, identificou-se uma dualidade na percepção das mulheres em relação a FM, onde o sentido para algumas delas perpassa uma sensação de fechamento de possibilidades, de esgotamento da esfera existencial, enquanto para outras, apesar de todas as dificuldades suscitadas pelo adoecimento, há caminhos que podem ser percorridos e descobertos mesmo diante do sofrimento infligido pela FM e suas repercussões sociais.

Algumas reflexões podem ser feitas a partir desta pesquisa, especialmente em relação a dois de seus principais eixos: a dor invisível e a experiência das mulheres. A dor, por si só, já é um fenômeno subjetivo e de difícil mensuração, mas, no caso da FM, ela adquire contornos ainda mais desafiadores por não deixar marcas visíveis e, muitas vezes, ser deslegitimada por quem não a

sente. Escutar essas narrativas e registrá-las evidenciou não apenas a invisibilidade da dor, mas também a das histórias, das vivências e dos sonhos interrompidos pelas dificuldades criadas a partir dessa condição.

Dessa forma, o incentivo à realização de pesquisas sobre tratamentos e formas de minimizar os sintomas é essencial. No entanto, tão importante quanto o avanço científico é garantir que as pessoas acometidas por essa síndrome sejam ouvidas, valorizadas e compreendidas. Afinal, como a fenomenologia sugere, a doença não é um fenômeno isolado: ela se manifesta no corpo de uma pessoa, inserida em diferentes contextos sociais e históricos, e sua experiência não pode ser reduzida apenas à dimensão biológica.

Embora o estudo tenha apresentado limitações, como o número reduzido de participantes, a amostragem por conveniência e a não inclusão de outras identidades de gênero, esses fatores ressaltaram a necessidade urgente de pesquisas mais inclusivas, que considerem a diversidade de vivências de pessoas com FM. Além disso, os achados reforçam a importância de ampliar o acesso a tratamentos multiprofissionais e de melhorar a visibilidade da fibromialgia nas políticas públicas de saúde, visto que, as dificuldades de implementação dessas políticas, como a falta de financiamento adequado e a baixa visibilidade da doença no Sistema Único de Saúde são desafios que precisam ser enfrentados para garantir um cuidado mais inclusivo e de qualidade.

É neste ponto que se insere a psicologia social, que desempenha um papel crucial ao investigar como as diferentes identidades de gênero influenciam a percepção da dor e o modo como os indivíduos lidam com ela em contextos sociais. Como será para homens cisgênero, homens transgênero, mulheres transgênero ou pessoas não binárias viverem essa condição, possivelmente enfrentando ainda mais obstáculos para o reconhecimento de seu sofrimento? Essa é uma questão que merece ser explorada em estudos futuros, ampliando o debate sobre a FM e suas interseccionalidades, com a psicologia contribuindo para uma compreensão mais ampla das dinâmicas sociais, culturais e emocionais que afetam a experiência da dor em diferentes grupos de gênero.

Ademais, a coleta de dados realizada com essas cinco mulheres apresentou desafios, principalmente, devido às características da FM. Embora todas tenham concordado prontamente em participar da pesquisa e estivessem dispostas a colaborar, o impacto dessa condição as levou a adiar sua participação, sendo realizadas algumas tentativas para que as entrevistas acontecessem. Esse episódio reflete como, em certos momentos, a FM pode gerar dificuldades para que as “dores invisíveis” dessas mulheres sejam expressas, já que os sintomas da doença, muitas vezes, não são evidentes para o exterior, afetam profundamente sua capacidade de se comprometer com atividades cotidianas, como no caso das entrevistas.

Em suma, ao abordar a “dor invisível” da FM, percebeu-se que sua invisibilidade vai além do aspecto físico; ela se estende ao modo como a sociedade enxerga, ou escolhe não enxergar, quem vive com essa condição. O reconhecimento dessa realidade perpassa por diferentes esferas sociais e se constitui enquanto um passo importante para a construção de políticas públicas mais direcionadas a quem é acometido pela FM, bem como, para a promoção de uma sociedade mais empática e sensível às necessidades dessas pessoas.

Referências

- Ahmed, S., Aggarwal, A., & Lawrence, A. (2019). Performance of the American College of Rheumatology 2016 criteria for fibromyalgia in a referral care setting. *Rheumatology International*, 39(8), 1397–1403. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04332-5>
- Al-Nimer, M. S. M., Mohammad, T. A. M., & Alsakeni, R. A. (2018). Serum levels of serotonin as a biomarker of newly diagnosed fibromyalgia in women: Its relation to the platelet indices. *Journal of Research in Medical Sciences*, 23, 71. https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_533_17
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (2023). Lei nº 14.705, de 13 de julho de 2023. Dispõe sobre o tratamento de fibromialgia no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14705.htm
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). University of California Press.
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Ministério da Saúde*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Cooksey, R., & Choy, E. (2022). Exploring gender differences, medical history, and treatments used in patients with fibromyalgia in the UK using primary-care data: A retrospective, population-based, cohort study. *The Lancet Rheumatology*, 4(Supplement 1), S20. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(22\)00296-X](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(22)00296-X)
- Costa, L. P., & Ferreira, M. de A. (2023). Fibromyalgia from the gender perspective: Triggering, clinical presentation and coping. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 32, e20220299. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0299en>
- Dutta, D., Brummett, C. M., Moser, S. E., Fritsche, L. G., Tsodikov, A., Lee, S., Clauw, D. J., & Scott, L. J. (2020). Heritability of the fibromyalgia phenotype varies by age. *Arthritis & Rheumatology*, 72(5), 815–823. <https://doi.org/10.1002/art.41171>
- Freud, S. (1983). Histeria. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 1, pp. 77–102). Imago. (Trabalho original publicado em 1893).
- Helfenstein Junior, M., Goldenfum, M. A., & Siena, C. A. F. (2012). Fibromialgia: Aspectos clínicos e ocupacionais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(3), 358–365. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>

Heymann, R. E., Paiva, E. S., Martinez, J. E., Helfenstein Jr, M., Rezende, M. C., Provenza, J. R., Ranzolin, A., de Assis, M. R., Feldman, D. P., Ribeiro, L. S., & Souza, E. J. R. (2017). New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(5), 426–433.

https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_859_17

Husserl, E. (2014). *Fenomenologia da percepção* (obra original publicada em 1900). Editora Forense.

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. International Association for the Study of Pain.

<https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia: Dor e fadiga*. Robe Editorial.

Kravitz, H. M., & Katz, R. S. (2015). Fibrofog and fibromyalgia: A narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatology International*, 35(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1007/s00296-014-3208-7>

Latremoliere, A., & Woolf, C. J. (2009). Central sensitization: A generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *Journal of Pain*, 10, 895–926.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.06.012>

Merleau-Ponty, M. (1999). *A fenomenologia da percepção* (J. Salomão, Trad.). Gallimard. (Trabalho original publicado em 1945).

Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica: Série Pactos pela Saúde, Volume 4*.

Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a organização da Atenção Primária à Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Nascimento, M. G., Kosminsky, M., & Chi, M. (2020). Gender role in pain perception and expression: An integrative review. *Brjrp*, 3(1), 58–62. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200013>

Sharie, S., Varga, S. J., Al-Husinat, L., Sarzi-Puttini, P., Araydah, M., Bal’awi, B. R., & Varrassi, G. (2024). Unraveling the complex web of fibromyalgia: A narrative review. *Medicina*, 60(2), 272. <https://doi.org/10.3390/medicina60020272>

Slompo, T. K. M. e 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.

<https://doi.org/10.1590/1415-47142006002006>

Sociedade Brasileira de Reumatologia. (2024). Fibromialgia: O que é, como diagnosticar e como acompanhar? *Reumatologia*.

<https://www.reumatologia.org.br/press-releases/fibromialgia-o-que-e-como-diagnosticar-e-como-ac>

[ompanhar/](#)

Souza, J. B. de ., & Perissinotti, D. M. N.. (2018). The prevalence of fibromyalgia in Brazil – a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. *Brjp*, 1(4), 345–348. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>

Stoller, R. (1968). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. Science House.

Wolfe, F., & Rasker, J. J. (2021). The evolution of fibromyalgia, its concepts, and criteria. *Cureus*, 13, e20010. <https://doi.org/10.7759/cureus.20010>

ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA PSICOLOGIA E SAÚDE

Manuscrito:

Deve se encaixar em um dos tipos de contribuição publicados pela **Revista Psicologia e Saúde** e observar:

- As normas da APA, *American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association* (2020, 7ª edição). A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Para um guia rápido em português, consulte Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA.
- Margens: 2,5 cm em todos os lados – a folha deve ser do tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm).
- Numeração da página: canto direito de cada página a partir da folha de rosto sem identificação (nesta, fica oculto).
- A seguinte sequência: folha de rosto **sem** identificação; resumos; corpo do texto; referências e anexos/notas de rodapé (se houver) – iniciando cada um desses itens numa página.
- Limite de páginas do manuscrito: 25 páginas.

Folha de rosto sem identificação: deve seguir a formatação (modelo) da **folha de rosto identificada**, excluindo-se os nomes e dados dos(as) autores(as).

Resumo: espaçamento duplo em todo o texto e alinhamento à esquerda; fonte Times New Roman; tamanho 12; parágrafo único sem recuo.

- Assim como o título, deve estar nos três idiomas selecionados nos resumos, sendo o primeiro no idioma original.
- Deve ser estruturado indicando: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão – limite de 200 palavras. Seguido das palavras-chave.
- Os resumos nos outros dois idiomas devem ser fiéis ao resumo em idioma nativo, porém não uma tradução "literal"; ou seja, as traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical das línguas. Ao fim do resumo, listar no mínimo três e no máximo cinco palavras-chave; recomenda-se a utilização da Terminologia em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde para a definição das palavras-chave, ([clique aqui](#)). A **Revista Psicologia e Saúde** tem como procedimento padrão fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário.
- Palavras-chave: três a cinco palavras escritas em letra minúscula e separadas por vírgula. Deve vir logo abaixo de cada Resumo nos três idiomas selecionados.

Resumo: espaçamento duplo em todo o texto e alinhamento à esquerda; fonte Times New Roman; tamanho 12; parágrafo único sem recuo.

- Assim como o título, deve estar nos três idiomas selecionados nos resumos, sendo o primeiro no idioma original.
- Deve ser estruturado indicando: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão – limite de 200 palavras. Seguido das palavras-chave.
- Os resumos nos outros dois idiomas devem ser fiéis ao resumo em idioma nativo, porém não uma tradução “literal”; ou seja, as traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical das línguas. Ao fim do resumo, listar no mínimo três e no máximo cinco palavras-chave; recomenda-se a utilização da Terminologia em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde para a definição das palavras-chave, ([clique aqui](#)). A **Revista Psicologia e Saúde** tem como procedimento padrão fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário.
- Palavras-chave: três a cinco palavras escritas em letra minúscula e separadas por vírgula. Deve vir logo abaixo de cada Resumo nos três idiomas selecionados.

Corpo do Texto: alinhamento à esquerda e espaçamento duplo entre linhas. Fonte Times New Roman, tamanho 12; recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25 cm.

- Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página.
- Caso haja subdivisões no texto, recomendam-se no máximo três níveis de intertítulos:
 - Os títulos das seções (nível 1, por exemplo: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão) devem estar centralizados em negrito e com a primeira letra de cada palavra maiúscula;
 - Os títulos das subseções (nível 2, por exemplo, em Método: Objetivos, Instrumentos etc.) devem estar em negrito, primeira letra de cada palavra maiúscula e alinhamento à esquerda;
 - Os títulos das subseções (nível 3) devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula.
- As citações diretas e indiretas devem seguir as normas da APA 7ª edição.
- Figuras, tabelas e gráficos devem ser inseridos no corpo do texto, no local em que devem aparecer, seguindo a formatação para cada um:
- Tabelas e gráficos: devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação, como pizza etc. Nessas apresentações, evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada (preferencialmente). A palavra “Tabela” ou “Gráfico” é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela/ao gráfico, ambos em negrito; dê um espaço duplo e digite o título da tabela/do gráfico à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo as primeiras letras das palavras em maiúsculas. Consultar o Manual da APA 7ª edição para abreviações que precisam ou não ser definidas.
- Figuras: devem ser inseridas no corpo do texto, no local em que devem aparecer. A figura deve estar em boa qualidade (no mínimo 300 dpi), não deve exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra “Figura” é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura, ambos em negrito; dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo as primeiras letras das palavras em maiúsculo. Consultar o Manual da APA 7ª edição para abreviações que precisam ou não ser definidas.

Referências: devem seguir as normas da APA 7ª edição, manter o espaçamento duplo entre linhas, alinhamento à esquerda. Não deixe um espaço extra entre as citações e, na segunda linha da referência em diante, faça um recuo de 1,27 cm. Todos os endereços URL deverão estar ativos.

- Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho, em negrito. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. A quantia equivalente a 40% das referências utilizadas deve ser dos últimos cinco anos. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA. Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.
- Desabilitar macros ativas (ex. Mendeley, Endnote etc.). Elas devem estar livres para a diagramação.

Notas de rodapé: evite, sempre que possível. Todavia, se não houver outra possibilidade, as notas de fim devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após as Referências. O título (Notas) aparece centralizado. Recue a primeira linha de cada nota de fim em 1,25 cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto, mantendo o espaço duplo entre as linhas.

Anexos: evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C e assim por diante), se forem mais de um. Os anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página, intituladas com a palavra "Anexo" seguida das respectivas letras correspondentes (apenas quando há mais de um anexo, pois basta a palavra "Anexo" quando há apenas um), em negrito. Cada anexo deve ser mencionado ao menos uma vez no corpo do texto, com a primeira letra maiúscula e seguido da letra que o identifique (também maiúscula).

Utilizando linguagem neutra

Conforme a norma vigente da língua portuguesa, o masculino pode indicar neutralidade do sujeito ou gênero não marcado. Mas sabemos que isso é contestável, e novas tendências têm surgido na escrita em busca de mais representatividade.

Assim, é de responsabilidade/autonomia dos(as) autores(as) a decisão pelo uso de linguagem neutra (e.g., uso de "e", como em "todes"; uso de @; uso de X), mas recomendamos o uso do "e", já que permite que softwares de leitura de documentos leiam apropriadamente as palavras. Importante ressaltar: ao escolherem uma linguagem neutra, é indispensável que os(as) autores(as) a mantenham em todo o artigo, por questão de padronização.

Observações durante a escrita do texto e exemplos de citação e referências

O uso de expressões que denotem posição no texto, como "a tabela acima" ou "a figura abaixo", deve ser evitado. No processo de editoração, a localização destas pode ser alterada. As normas não incluem a denominação de quadros ou gráficos, apenas tabelas e figuras.

Sobre o uso de sublinhados, itálicos e negritos: use itálico para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como *self*, *locus* etc., e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Indique sempre os(as) autores(as) e as datas de publicação de todos os estudos mencionados no corpo do texto. Todos os nomes de autores(as) cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Na seção de Referências, só descreva os(as) autores(as) citados no corpo do texto.

Exemplos de citações no corpo do texto:

Os exemplos descritos a seguir servem como base de apoio para a organização de seu artigo, todavia eles não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Desta feita, utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2020, 7ª edição) para verificar as normas para outras referências e tirar suas dúvidas.

Citação de artigo de autoria múltipla

- Artigo com dois(duas) autores(as): cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.
- Artigo com três ou mais autores(as): cite o sobrenome do(a) primeiro(a) autor(a) seguido de "et al." e da data, em todas as menções no texto.

Citações de obras antigas e reeditadas

- Utilize o seguinte formato: Autor(a) (data de publicação original/data de publicação consultada).

Citação secundária

- Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, como citado por Flavell, 1996) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

Avaliação

A primeira avaliação é feita pelo Conselho Editorial da **Revista Psicologia e Saúde**, verificando se o trabalho seguiu os itens elencados nas Diretrizes para Autores e Tipos de Contribuição. Ademais, o conteúdo do material será previamente analisado pelo Conselho Editorial que poderá arbitrar pela recusa do material sem análise de revisores *ad hoc*.

Se aprovado nesta etapa, o manuscrito será encaminhado a, pelo menos, dois consultores(as) *ad hoc*. Os(As) consultores(as) *ad hoc* são escolhidos(as) pelo Conselho Editorial, embora os(as) autores(as) possam sugerir possíveis consultores(as) pesquisadores(as) qualificados(as) afiliados(as) a instituições, que não as dos(as) autores(as) na carta de encaminhamento ou em "Comentários ao Editor".

O tempo médio de um retorno sobre as avaliações dos artigos é de aproximadamente 9 (nove) meses a contar da submissão. Em caso de aceite, o prazo de publicação é de até 12 (doze) meses desde o aceite final do manuscrito.

Caso o texto seja rejeitado, os(as) autores(as) são encorajados(as) à nova submissão, depois de cuidadosa revisão, considerando os pareceres recebidos. Os manuscritos recomendados para publicação com restrições só serão publicados mediante alterações de acordo com as sugestões dos pareceristas. As sugestões de modificação do trabalho visam melhorar a clareza ou precisão do texto. Uma versão reformulada do texto deve ser apresentada para apreciação com as parcelas modificadas em destaque (em azul). Além disso, solicita-se aos(às) autores(as) uma carta ao Conselho Editorial, por meio eletrônico, descrevendo as alterações atendidas e justificando as não realizadas. A decisão final sobre a publicação de um artigo submetido à **Revista Psicologia e Saúde** cabe ao Conselho Editorial.

Pequenas modificações no manuscrito poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da **Revista Psicologia e Saúde**. Quando tal Conselho considerar necessárias modificações substanciais, o(a) autor(a) será notificado(a) e encarregado(a) de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

NOTA: Após a publicação do artigo, não será possível realizar alterações, salvo as situações em que houver erro na diagramação.

Todo original será submetido ao processo de opinião por pares (especialistas), preferencialmente duplo cego (*double-blind peer review*). Em todo processo de avaliação será garantido o anonimato. Os casos omissos serão resolvidos pela Equipe Editorial.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

CENTRO ACADÊMICO DE
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 7.079.314

Ausência	tcle.pdf	02/09/2024 19:00:19	Maria Vitória	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostonova.pdf	02/09/2024 18:51:50	Maria Vitória	Aceito
Outros	curriculolattes.pdf	31/07/2024 12:13:27	Maria Vitória	Aceito
Outros	CurriculoLattesJulianaVeras.pdf	31/07/2024 12:09:33	Maria Vitória	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	26/07/2024 17:49:20	Maria Vitória	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	26/07/2024 17:36:56	Maria Vitória	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 16 de Setembro de 2024

Assinado por:
Zaide Carvalho dos Santos
(Coordenador(a))