

**MICROPOLÍTICAS DA EXPERIÊNCIA DA FIBROMIALGIA NO CAPITALISMO
CONTEMPORÂNEO: POBREZA, DIAGNÓSTICO E SUBJETIVAÇÃO**

Micropolitics of Fibromyalgia Experience in the Contemporary Capitalism: Poverty, Diagnoses, and Subjectivation

Micropolíticas de la experiencia de la fibromialgia en el capitalismo contemporâneo: pobreza, diagnóstico y subjetivación

Francisco Cleiton Vieira

Doutor em Antropologia Social, docente nos Programas de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPgAS) e em Saúde Coletiva (PPgSACOL), e na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: cleiton.vieira@ufrn.br

<https://orcid.org/0000-0002-8852-6212>

Áltera, João Pessoa, Número 21, 2026, e02109, p. 1-24

ISSN 2447- 9837



Resumo:

Este trabalho descreve e analisa as experiências de pessoas que vivem com fibromialgia, com foco em dois processos centrais no âmbito do capitalismo contemporâneo: a formação de conhecimento sobre a doença através da vivência dos sintomas e suas consequências no âmbito da subjetivação em contextos de vulnerabilidade e pobreza. Busca-se compreender a relação que se estabelece entre a sensação fisiológica da dor e as explicações construídas para organizá-la em termos físicos e de significado em meio a severas restrições de recursos financeiros. Isso se dá principalmente em relação direta com saberes biomédicos e com a precarização do sistema de saúde pública. Observa-se que os itinerários terapêuticos são realçados por agenciamentos materiais e corporais sob a égide do sistema econômico. Esta experiência da doença emerge através de uma micropolítica a partir de dinâmicas familiares e laborais centradas na expectativa de um retorno à produtividade, revelando como a concepção de saberes sobre a doença se torna central na experiência fibromiálgica. Essa produção do conhecimento confere um campo de possibilidades aos adoecidos, uma vez que oferece as ferramentas para entender o sofrimento e oferecer elucidações a respeito, diante de um cenário de pressões coletivas. O artigo se baseia em pesquisa etnográfica em andamento a partir da observação de itinerários terapêuticos e de interações em serviços de saúde públicos e particulares no Rio Grande do Norte com o auxílio de entrevistas abertas e em profundidade.

Palavras-chave:

Fibromialgia. Conhecimento. Capitalismo. Subjetivação.

Abstract:

This study describes and analyzes the experiences of people living with fibromyalgia, focusing on two central processes within contemporary capitalism: the formation of knowledge about the disease through the lived experience of symptoms, and the consequences of this for subjectivation in contexts of vulnerability and poverty. It seeks to understand the relationship between the physiological sensation of pain and the explanations constructed to organize it—in both physical and meaningful terms—amidst severe financial constraints. This occurs primarily through a direct interaction with biomedical knowledge and the precarious state of the public health system. It is observed that therapeutic itineraries are enhanced by material and bodily agencies under the aegis of the economic system. This experience of the disease

emerges through a micropolitics based on family and labor dynamics centered on the expectation of a return to productivity, revealing how the conception of knowledge about the illness becomes central to the fibromyalgia experience. This production of knowledge provides a field of possibilities for the ill, as it offers the tools to understand their suffering and provide elucidations regarding it, given a scenario of collective pressures. The article is based on ongoing ethnographic research involving the observation of therapeutic itineraries and interactions in public and private health services in Rio Grande do Norte, supported by open-ended, in-depth interviews.

Keywords:

Fibromyalgia. Knowledge. Capitalism. Subjectivation.

RESUMEN:

Este estudio describe y analiza las experiencias de personas que viven con fibromialgia, centrándose en dos procesos centrales del capitalismo contemporáneo: la formación de conocimiento sobre la enfermedad a través de la vivencia de los síntomas y las consecuencias de ello para la subjetivación en contextos de vulnerabilidad y pobreza. Busca comprender la relación entre la sensación fisiológica de dolor y las explicaciones construidas para organizarlo —tanto en términos físicos como de significado— en medio de severas limitaciones económicas. Esto sucede principalmente a través de una interacción directa con el saber biomédico y la precaria situación del sistema de salud pública. Se observa que los itinerarios terapéuticos se ven realizados por agenciamientos materiales y corporales bajo la égida del sistema económico. Esta experiencia de la enfermedad emerge a través de una micropolítica basada en dinámicas familiares y laborales centradas en la expectativa de un retorno a la productividad, revelando cómo la concepción de saberes sobre la enfermedad se torna central en la experiencia fibromiálgica. Esta producción de conocimiento confiere un campo de posibilidades a los enfermos, ya que ofrece las herramientas para entender el sufrimiento y ofrecer elucidaciones al respecto, ante un escenario de presiones colectivas. El artículo se basa en una investigación etnográfica en curso a partir de la observación de itinerarios terapéuticos e interacciones en servicios de salud públicos y privados en Rio Grande do Norte, con el apoyo de entrevistas abiertas y en profundidad.

Palabras clave:

Fibromialgia. Conocimiento. Capitalismo. Subjetivación.



Introdução

Este trabalho¹ descreve e analisa as experiências de pessoas que vivem com fibromialgia, com foco em dois processos que lhes são centrais: a formação e a circulação de conhecimento sobre a doença através da vivência dos sintomas e suas consequências no âmbito da subjetivação. Busca-se compreender a relação que se estabelece entre a sensação fisiológica da dor e as explicações construídas para organizá-la em termos físicos e de significado, os quais se mostram indissociáveis na experiência vivida. Contextualmente, isso diz respeito aos desdobramentos próprios ao corpo e à provisão financeira² de si mesmo, através dos quais a doença erige-se como grande perturbador e disruptor não apenas da biografia, mas também do cotidiano banal sob a égide do capitalismo contemporâneo. Com isso, coloca-se em xeque tanto a subjetividade como a disposição da vida em si para o presente e o futuro, algo materializado no corpo, por meio de interações e relações imbricadas baseadas na expectativa social – principalmente a partir dos mundos sociais do trabalho e da família – quanto a capacidade produtiva³ de quem sofre com as constantes dores incapacitantes.

Sob a escopo do sistema capitalista, enquanto meio de produção econômica hegemônico que está alicerçado em relações de exploração diversas (Boltanski & Chiapello, 2009), proponho demonstrar que a vivência da fibromialgia implica as pessoas diretamente em seus corpos, uma vez que os sujeitos respondem a posições sociais determinadas para definir seu estatuto produtivo segundo estruturas de poder. Interessa-me, aqui, olhar etnograficamente, à luz da microfísica foucaultiana (Foucault, 1999), para o cenário de sofrimento desencadeado pela vivência subjetiva e objetiva da fibromialgia enquanto se reproduz no nível da micropolítica, entendida como processo de formação de sujeitos que se compraz através de uma circulação do poder na forma de ações e relações cotidianas que, como pontuou Maria Cláudia Coelho (2010, p. 266) a respeito das emoções, atualizam “aspectos de nível macro da organização social” na subjetividade dos indivíduos – ou, dito de outra forma, enquanto processo de subjetivação. Essa abordagem tornará possível a palpabilidade

1 “O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Processo n. 408138/2023-8.

2 Este artigo é uma versão ampliada de trabalho apresentado, em 2024, no 48º. Encontro Anual da ANPOCS, em Campinas/SP, no âmbito do Grupo de Trabalho “Etnografias do Capitalismo”, coordenado por Antonádia Borges e Susana Durão, e no Seminário de Pesquisa do Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde, na Universidade Federal de Juiz de Fora, em Juiz de Fora/MG, coordenado por Cristina Dias. Agradeço a interlocução construída nos dois eventos sobre versões anteriores do trabalho. Sou grato ainda aos/às participantes da pesquisa, ao CNPq, aos/às pareceristas da Áltera, bem como a Rozeli Porto e Arthur Novo pela leitura atenta desta última versão.

3 Entende-se aqui por capacidade produtiva a disposição corporal de alguém em realizar atividades ligadas à provisão do cuidado doméstico ou de alguém e/ou do trabalho remunerado.



da esfera material (corporal e econômica) e visceral da fibromialgia vivida fisicamente, tanto individual quanto coletivamente.

A partir da perspectiva biomédica, enquanto uma síndrome⁴, a fibromialgia consiste em um estado de fadiga e dor crônica de caráter musculoesquelético, sentida em todo o corpo com pontos específicos de maior intensidade. Pode-se ainda ser acompanhada de outros diagnósticos ligados a saúde mental e ao campo da reumatologia (Provença, 2004, p. 443). Atualmente, tem havido um considerável esforço biomédico em caracterizar a doença como uma síndrome neurológica de sensibilização central, por meio da qual circuitos de percepção, transmissão e processamento não mantêm suas funcionalidades – isto é, uma alteração na percepção da dor pelo Sistema Nervoso Central (Passos, 2020)⁵. Isso é frequentemente acompanhado de uma impossibilidade de sono reparador, de enrijecimentos corporais que limitam a capacidade de se dispor do próprio corpo, sendo capaz de produzir subjetiva e objetivamente o adoecimento como uma deficiência⁶.

A fibromialgia é uma síndrome cuja etiologia continua sob debate e sem unanimidade diagnóstica, de modo que tem ofuscado grandemente o seu reconhecimento até recentemente (Vieira, 2025), o que exigiu de quem sofre e pesquisa diferentes tentativas de aferição que não se baseassem apenas na escuta do paciente. Quase sempre, o quadro tem sido acompanhado de ausência de sinais hematológicos ou na superfície corporal observáveis a olho nu, e em exames laboratoriais, o que levou médicos reumatologistas estadunidenses ao desenvolvimento de um método de pressão com dedos em pontos específicos do corpo (Wolfe ., 2010; Wolfe . 1990). Contudo, a intensidade da pressão é de difícil reprodução, que há uma crescente contestação da sua validade, como já me contou um interlocutor fisioterapeuta que atua nesse campo em busca de um teste sanguíneo identificador. Isso tudo desafia o edi-

4 Nos campos das ciências da saúde e da medicina – incluindo a psicologia –, “transtorno”, “síndrome” e “doença” são categorias que representam condições de saúde diversas. Grosso modo, a diferença primordial estaria na existência ou não de uma etiologia global, conhecida e aceita de maneira incontestável, o que se aplicaria à última, mas não às duas primeiras. (Peterson e Keely, 2015). Ao longo do texto me refiro a fibromialgia ora como “síndrome”, ora como “doença”, uma vez que tal definição é flutuante no campo etnográfico e deve ao contexto o seu sentido.

5 Embora não consigamos explorar neste artigo, deve-se pontuar que as definições biomédicas da fibromialgia têm uma história particular, de modo que a reumatologia a construiu como categoria diagnóstica como doença da mulher nos anos 1990 (Barker, 2005). Mais recentemente, a doença tem recebido atenção da neurologia e da fisioterapia com novas dimensões da fisiologia humana, e que se implicam em disputas científicas por autoridade diagnóstica e explicação sobre a origem da verdade da doença.

6 Ao longo do trabalho o agenciamento das noções de inutilidade e incapacitação serão exploradas a partir da etnografia. Devido ao escopo deste artigo, não será possível aprofundar acerca da classificação da fibromialgia como deficiência em si, restando apontar apenas que este tem sido um status requerido por boa parte das pessoas que sofrem com a doença e se veem incapacitadas pelo sofrimento decorrente.

fício central da biomedicina moderna em seu conhecimento anatômico e patológico de observação e verificação material (Le Breton, 2021), cuja escuta absoluta do paciente não tem a mesma importância que um teste para o diagnóstico, e sim caráter complementar.

Embora não completamente, a síndrome tem sido descrita por mulheres de diferentes idades, classes sociais e origens étnico-raciais, sendo a dimensão de gênero consideravelmente preponderante e amalgamadora das experiências (Marques ., 2017). As relações de gênero, na visão das interlocutoras, contribuem para a falta de legitimidade do que vivem e poderiam ser uma característica causal – mesmo que não seja unânime, circula em campo a ideia de que uma vida inteira vivendo a desigualdade de gênero teria ajudado a produzir a doença. Isso tem como consequência, ainda, a classificação de homens que vivem com a fibromialgia a partir da sua subalternização por meio de noções hegemônicas inalcançáveis de masculinidade, como, por exemplo: as ideias de trabalho, força, virilidade, independência e provisão financeira dos outros (Vieira, 2025)⁷.

Adicionalmente, o caráter crônico das dores e de outros mal-estares fibromiálgicos agrava ainda mais a experiência dos adoecidos (Boccolini ., 2017), a exemplo das dificuldades atreladas a própria longa duração de outras doenças (Charmaz, 1997). Contudo, a cronicidade fibromiálgica ganha contornos específicos, segundo os interlocutores, devido a moralidade exacerbada que a cerca, o que gera sofrimento e exacerbação de emoções (Vieira, 2025). Em grande parte, isso é apontado como fruto da deslegitimação no universo do trabalho e do cenário doméstico, o que reforça dinâmicas de exploração de trabalhadores, individualiza a dor e a capacidade de lidar com as dificuldades da vida numa sociedade capitalista na qual se está na base da desigualdade. Isto é, cabe observar a fibromialgia como um cenário de sofrimento social, como conceituado por Kleinman, Das e Lock (1997) que o observaram como o resultado daquilo que forças econômicas, políticas e institucionais produzem sob os indivíduos e suas formas de delinear as respostas a problemas sociais. Nesse sentido, a ausência de cura da doença maximiza, de maneira crescente, dificuldades pré-existentes na vida das pessoas – ou lhes cria problemáticas –, podendo pressioná-las em seus recursos e em suas relações sociais de maneira avassaladora. Essa realidade se intensifica diante de tratamentos contínuos e prolongados, adquirindo contornos ainda mais dramáticos durante epidemias. Foi o que ocorreu com a síndrome congênita do zika vírus, que expôs e acentuou a desigualdade vivenciada por mães de

⁷ Devido ao curto espaço deste artigo não será possível me deter de maneira aprofundada nas diferenças e semelhanças das relações de gênero que resultam das experiências da fibromialgia entre homens e mulheres. Resta a este artigo recobrar a dinâmica de gênero mais geral que circunscreve as mulheres e define a fibromialgia.

crianças com microcefalia – acompanhada de outras comorbidades e características – e outras síndromes congênitas (Porto, 2020).

No Brasil, a doença de longa duração é um dos maiores objetos de intervenção do Sistema Único de Saúde, foi tradicionalmente explicada pela Epidemiologia em termos de quadros populacionais e padrões de risco (Corona & Couto, 2024). Estudos antropológicos e sociológicos sobre o tema buscaram, classicamente, apontar a dimensão social e política desse adoecimento, descrevendo com densidade a semântica da doença e a busca por controle por parte daqueles que se veem perdidos diante dos diagnósticos (Canesqui, 2018; Charmaz, 1997; Aureliano, 2018; Bury, 1982). Nesse sentido, embora a fibromialgia replique fatores sociológicos e subjetivos já identificados em outras experiências do sofrimento – como o Diabetes (Neves, 2015), a Síndrome de Berardinelli-Seip (Nóbrega, 2020) e a Anemia Falciforme (Silva & Neves, 2021) –, como compreender a sua particularidade diante de um cenário de busca por explicações para uma síndrome que não apresenta sinais mensuráveis externamente? E, como isso se configura coletiva e subjetivamente em um cenário de pauperização, que busca por cobertura estatal em saúde? Tais questões partem da incontestável dinâmica socioeconômica que pressiona e impacta a grande maioria das interlocutoras desta pesquisa com um contexto de pobreza e incerteza terapêutica.

Por se tratar de uma doença com forte contestação coletiva, a fibromialgia se demonstrou em clara emergência social, no que toca ao seu reconhecimento biomédico, social e familiar. Como já descrevi noutra oportunidade (Vieira, 2025), isso tem implicado alta carga moral para pessoas que sofrem com as dores constantes e se sentem, muitas vezes, incapacitadas de desempenhar atividades simples do dia a dia, possam receber não só cuidado, mas também legitimidade para o que vivem. Por isso, a pesquisa, que iniciou de maneira ampla, considerando diferentes cronicidades, centrou-se nas narrativas e experiências vividas por pessoas que buscam amparo para a afetação pela qual são atravessadas devido à erupção dessa doença.

Etnografia

Este trabalho é resultado de uma pesquisa antropológica⁸ etnográfica sobre a experiência social de adoecimento crônico e a relação estabelecida entre adoecidos, políticas públicas, profissionais, cientistas e gestores de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde para preveni-lo, diagnosticá-lo e tratá-lo. Objetivava-se

8 Esta investigação foi realizada no âmbito do Projeto de Pesquisa intitulado “Economias terapêuticas e adoecimentos de longa duração: cultura, corporalidades, clínica e políticas de saúde no continuum rural-urbano em Santa Cruz/RN e região”, com minha coordenação. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN/FACISA no âmbito da Resolução n. 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

observar as principais experiências de cronicidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde e perceber se seria possível delinear os contornos de uma economia terapêutica na região do Rio Grande do Norte, notadamente no cenário do semiárido a partir de Santa Cruz. No decurso da pesquisa, ganhou significativo relevo as narrativas de mulheres e homens vivendo com dores inexplicáveis e difícil tratamento, reconhecimento e empatia. Com isso, o projeto se direcionou etnograficamente a compreender como tais interlocutores passavam a buscar alento explicativo e terapêutico, ao passo que uma suspeita diagnóstica ganhava espaço: a fibromialgia, título totalmente desconhecido pela maioria das pessoas em sofrimento. Aos poucos, um quadro sintomático que parecia tão estranho ganhou contornos também na minha própria vida.

Assim, acabei estabelecendo em campo uma proximidade experiencial com os interlocutores. Isso porque parentes e amigos próximos passaram a indicar o sofrimento em seus cotidianos, de modo que passei a conviver com a síndrome enquanto parte dos familiares dos adoecidos. Isso aumentou ainda mais meu interesse em me dedicar a estudar a temática. Assim, as intersubjetividades da minha vida privada e da pesquisa se misturaram, alimentando-se mutuamente de maneira esclarecedora no que tange à observação em campo e à esfera da escrita (Vieira & Porto, 2018; Silva, 2023). No decorrer da construção dos dados e da análise foi possível comparar as contestações que meus familiares e os interlocutores viviam, de modo que não apenas observava a rede de ajuda mútua dos interlocutores, mas compunha eu mesmo outras próprias aos meus familiares⁹.

Embora se possa asseverar que a etnografia não é restrita à chegada a um lugar geográfico, como bem pontuou Mariza Peirano (2014), existe um trabalho de campo cuja atividade organizada em etapas é indispensável e não está disposta, em termos empíricos, no mesmo nível das considerações gerais de se inquirir sobre um problema. Assim, a pesquisa foi desenvolvida inicialmente, desde 2023, com observações nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde, para posteriormente, dar vazão ao acompanhamento de consultas e dos itinerários terapêuticos de maneira difusa. Por fim, iniciou-se a etapa de entrevistas com os interlocutores adoecidos e profissionais de saúde, acompanhada de análise de documentos e outros registros sobre a abordagem especialista voltada para o adoecimento de longa duração em geral, e a fibromialgia em particular. A pesquisa encontra-se, assim, em fase de desenvolvimento e ainda compreenderá o aumento de entrevistas e de observações. A atividade de construção de dados tem se pautado, nesse sentido, na orientação

9 Neste artigo não exploro em todos os sentidos essa dinâmica, uma vez que, ao fazê-lo incorrer em uma completa descaracterização do objetivo inicial do trabalho; cabe, contudo, recuperar esse entrelaçamento etnográfico e pessoal para realçar a objetivação que foi submetida a problemática da pesquisa.

etnográfica de apreender a perspectiva das pessoas (Geertz, 1989) e suas dinâmicas sociais por meio da prática (Mol, 2002; Peirano, 2014). Com isso, busca-se dar conta de um contingente variado de interlocutores fibromiálgicos quanto ao perfil socioeconômico, bem como registrar as perspectivas dos profissionais e cientistas da saúde a respeito da fibromialgia.

No que tange ao presente artigo, baseia-se em observação participante de itinerários terapêuticos de interlocutores(as) em campo e oito entrevistas abertas, em profundidade realizadas entre mulheres e homens que vivem com fibromialgia, entre os anos de 2023 e 2025 nas cidades de Santa Cruz e Natal, ambas no estado potiguar. O perfil socioeconômico desses interlocutores se refere às classes populares com renda média de até um salário-mínimo. Das oito pessoas entrevistadas, duas são homens brancos de 39 e 43 anos; enquanto das seis mulheres, quatro são pardas de 22, 47, 54 e 67 anos e duas são brancas de 35 e 51 anos. A metade dos entrevistados são casados ou solteiros. A empregabilidade também varia e demonstra pouco acesso a recursos e alta instabilidade empregatícia; apenas a senhora de 67 anos é aposentada e outra interlocutora de 47 anos é concursada em nível superior, enquanto os demais estão desempregados e com dificuldade de manutenção de renda. Do total dos entrevistados, cinco terminaram o ensino médio e desses, dois têm ensino superior.

No cenário do reconhecimento biomédico da síndrome, todos detêm diagnóstico médico formal com laudos reumatológicos. Essa é uma informação relevante socialmente, pois esta definição é constantemente acionada em campo para expressar, com autoridade médica, a doença. Mesmo que o diagnóstico e o seus documentos sejam vistos como prova de algo que já existia, deve-se observá-los como mecanismos de produção social da doença, ou como colocado por Edward Bruner (1986) a respeito da experiência, como uma representação do fluxo bruto dos acontecimentos. Os períodos de dor/diagnóstico dos entrevistados variam de 3 a 12 anos de experiência da doença. Comumente, a vivência fisiológica da dor corresponde a crises e situações interpessoais conflituosas no trabalho ou em família, que geralmente são marcadas como “trauma emocional”. Todos, sem exceção, dependem constantemente de serviços do Sistema Único de Saúde, não sendo incomum, contudo, idas a médicos, assim como outros profissionais de saúde no escopo da Saúde Suplementar quando viabilizam recursos com apoio de familiares ou de atividades remuneradas extras.

A incorporação da doença e a organização diagnóstica

A primeira questão que se erige quando se explica a fibromialgia é a ausência de sinais que a representem no corpo, diferentemente de outros adoecimentos



que causam dor constante e assumem manifestações identificáveis em vários níveis fisiológicos (Barker, 2005). No caso da fibromialgia, nas palavras dos interlocutores, essa falta torna o sofrimento e o doer “invisíveis”. Essa ideia de invisibilidade transforma atos de conhecer e explicar a dor ao outro, um processo de difícil concretude, pois algumas pessoas podem se questionar, inclusive, se o que sentem realmente existe. Entretanto, diante da ocorrência e intensidade das dores, a dor só não existe fisicamente para o outro, porque para si ela ganha aspectos de desespero e angústia constantes. Diante desse cenário, como conhecer o invisível?

Esse conhecimento se inicia de maneira incorporada, isto é, vivido no corpo sem nomeação, mas repleto de tensão entre si mesmo, as relações sociais nas quais se está inserido – através de suas expectativas relativas às posições sociais – e o próprio corpo que não mais “responde”, “fala” ou “se comporta” da mesma maneira. A incorporação, enquanto um processo contínuo que integra a subjetividade, as práticas e as representações sociais junto as condições objetivas da vida, cria e medeia não apenas a percepção do corpo, mas também a própria existência humana corporalmente disposta em suas dimensões físicas e simbólicas (Csordas, 2008). Enquanto uma experiência contestada, os interlocutores encontram na linguagem e na perspectiva biomédica uma resposta para a dor que possibilita a sua organização na chave da doença. Enquanto uma duração longa e sem cura, segundo Kathy Charmaz (1986), o adoecimento leva ao corpo a aquisição de um status que conduz a pessoa a sentir a perda da noção de si mesmo – sem desconsiderar, ainda, a possibilidade de transcendê-la. Enquanto um processo incorporado, a fibromialgia materializa visceralmente a dúvida e a angústia. Assim, a dor inicialmente nem sempre é elaborada como uma doença específica, embora se questione se poderia estar diante de sinais diagnósticos.

Quando perguntei sobre a emergência dessas primeiras sensações, a técnica de enfermagem Fernanda, uma mulher parda de 35 anos de idade, me contou que não esperava ser uma doença de fato; já Valéria, assistente social, também de 35 anos de idade e branca, entendia que suas dores eram decorrentes do assédio moral que viveu no trabalho. Como se pode perceber nos fragmentos abaixo retirados de entrevistas, ambas situaram as dores em categorias e contextos de corpo, relações e saúde que elaboravam no momento.

As primeiras dores foram quando os dedos das minhas mãos começaram a inchar. Eu não conseguia dobrar os dedos das mãos. Sentia muitas dores nas pernas. E nas articulações doía muito. Eu não desconfiava que era fibromialgia. Eu achava que era uma dor na coluna, dor em outra coisa. [...] A dor é no cor-

po todo, nos cantos que você nem imagina que ela vai dar, mas o principal é nas juntas. Minhas mãos incham. Eu sinto dor de cabeça. Eu nem sempre senti isso. As minhas mãos não inchavam, não doíam, as articulações não ficavam inchando nem ardendo (Fernanda, 35 anos, técnica de enfermagem).

Eu comecei esse quadro de dor, que é o quadro de dor que eu sinto até hoje, porque ele nunca passou, [...] em novembro de 2020 mesmo. Antes disso, [...] eu é passei por uma situação de assédio moral muito grave no meu local de trabalho. Cheguei naquela época a adoecer, fiquei com um quadro depressivo, eu me afastei do trabalho, passei quatro meses afastada, muita dificuldade de levantar da cama, mas nesse tempo eu não sentia a dor no corpo. Eu senti essas questões mesmo mentais, assim, da situação que eu estava vivendo. Nessa época, eu fui pedir para mudar de local de trabalho, fui para um outro serviço, só que quando eu fui para esse outro serviço, eu ainda passei muito tempo vivendo e sofrendo com essa questão emocional do que eu vivi [no trabalho]. Passei muito tempo que eu não conseguia nem falar do que eu vivi no meu local de trabalho sem chorar [...]. É, e aí quando eu me afastei desse local de trabalho, que eu ainda estava tratando essas questões mentais, de repente eu acho que foi mais ou menos em 2019 quando eu passei alguns meses a sentir a dor no corpo (Valéria, 35 anos, assistente social).

Assim, a dinâmica de conhecer a dor que sente é atravessada e constituída por categorias sociais que as pessoas dispõem em seus cotidianos, assim como ao longo de suas trajetórias. A dor na coluna, para Fernanda, poderia ser a causa das dores que depois chegou a significar como fibromialgia. Agora, Fernanda e Valéria se veem em outra vida, como se tivessem mudado seus pontos de vista e seus lugares no mundo, já que atualmente elas são levadas a equacionar suas relações e práticas diárias a partir da dor e de como dominá-la para sofrer o mínimo possível. É o que acontece também com Rogério e Fernando, ambos desempregados e acusados de exagerar nas próprias dores físicas. Os itinerários terapêuticos que se conformam em torno da doença crônica, como bem apontado pela vasta literatura sociológica e antropológica (cf. Portugal, 2021), mudam permanentemente a vida de quem sofre com ela.

Simon Williams (1996, p. 24) aborda essa mudança de maneira a identificá-la



num processo subjetivo e sociológico de entrada e saída do corpo. O autor sumariza toda uma tradição da teoria social e etnográfica que vem descrevendo as consequências sociais da doença de longa duração. A princípio, argumenta Williams, constitui-se um “estado inicial de incorporação”, quando a relação com o corpo se dá de maneira naturalizada no cotidiano. Desse momento, a doença crônica como trajetória social implica um estado oscilante entre o que chama de “desincorporação” e “tentativas de reincorporação”. Isto é, de um estado de percepção e vivência do corpo de modo disfuncional, a pessoa busca chegar a um estado de ressignificação de si mesma através de um trabalho biográfico. Williams (1996) afirma que é apenas no momento da disfunção que o corpo se torna objeto de atenção sem precedentes quando comparado a situação de naturalização corporal. Nesse sentido, é como se dissesse, de maneira durkheimiana, pensa-se sobre o corpo quando ele parece não funcionar bem, do mesmo modo que se sente o peso de uma regra ao quebrá-la.

As experiências de outras doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão arterial guardam diferenças e semelhanças com a fibromialgia, de tal modo que pode iluminar comparativamente esta última. No que tange a disfunção corporal e a percepção da origem do evento desencadeador de mal-estar, ambos os casos não são desafiados coletivamente como doenças fruto da imaginação ou da psicologia – neste caso, a fibromialgia compartilha, de maneira aproximada, o descrédito e a noção de doença encampados no senso comum pelos sujeitos que vivem o adoecimento mental (Maluf, 2024). Entretanto, mesmo que sejam tomadas como totalmente físicas em sua ação padecedora, não deixam de ser moralizadas. No caso da diabetes, como demonstra Ednalva Neves (2015), os níveis elevados de açúcar no organismo são constantemente atrelados a um comportamento desviante e inadequado. Insta-se a pessoa a recuperar o domínio do seu corpo através de uma alimentação diferenciada. Diante disso, as pessoas gerenciam os controles médicos e nutricionistas através de táticas de negociação e resistência. Embora esta visão possa ser aplicada também ao universo da “pressão alta” (Fleischer, 2018) ou àquele das “doenças do coração” que demandam intervenção cirúrgica. A instabilidade cardíaca é frequentemente interpretada como uma perturbação acionada também emocionalmente, na interação social por meio de uma fragilidade psicológica ou por causa de uma vulnerabilidade social (Santos, 2023; Santana, 2025).

Essas condições de saúde guardam em comum o processo de oscilação entre incorporação, desincorporação e reincorporação que se conforma numa experiência social. No caso dos interlocutores, tem-se buscado entender o que sentem recorrendo, principalmente, ao conhecimento biomédico e ao compartilhamento da experiência com aqueles que sentem dificuldade de entender. Isso não implica que

informações e explicações populares sobre o corpo e sobre o adoecer não sejam acessadas e administradas, mas que a autoridade médica traz uma força do diagnóstico que pode ser oferecida quase como um ritual de revelação. Antes de dedicar alguma atenção à circulação do saber institucionalizado da medicina, cabe olhar antes para o contato que os interlocutores têm tido com as explicações medicalizadas. A biomedicalização – como processo de transformar um problema humano em um objeto de intervenção médico a partir dos saberes biológicos (Clarke ., 2003) – é central na trajetória de conhecer o diagnóstico e de organizar as dores e reverberações não só físicas, mas também emocionais em torno da sua explicação. Embora tenham lido a respeito em diversas plataformas na Internet, é na consulta médica que o “teste do toque” passa a ser uma ferramenta diagnóstica. Contraditoriamente às características do saber biomédico contemporâneo, centrado no que o profissional pode ver e ler por si próprio (Good, 1994), esse teste depende totalmente do que o paciente diz sobre onde dói e qual é a intensidade dela.

Embora tenha havido uma crítica sobre a validade desse teste, como já aludi, ele parece ser amplamente utilizado por reumatologistas. Todos os oito interlocutores entrevistados até o momento, no âmbito da pesquisa, indicaram ter se submetido ao teste do toque em pontos sensíveis, como se chama na literatura biomédica (Wolf ., 1990). Interessa-se aqui não exatamente pela natureza controversa do teste a nível científico, mas como ele tem sido uma ferramenta de revelação diagnóstica¹⁰, além de ser um portal de ruptura com a vida que se conhecia antes das dores se tornarem comuns (Vieira, 2025). O teste tornou possível o reconhecimento da dor através de uma espécie de materialidade externa, algo que a narrativa solitária do sofrimento não conseguiu transpor. Quando isso aconteceu com outra interlocutora, Roberta, mulher negra de 47 anos de idade, ela demonstrou o peso das palavras do médico, que disse a ela e ao marido que a acompanhava na consulta, “vai ter dia que ela vai sentir dor da ponta do pé ao fio de cabelo”. Para Roberta, a fibromialgia era pior que um câncer. Ela dizia, o “câncer tem cura”. Por fim, uma frase lhe foi impactante e é uma afirmação que ela tem se engajado em contradizer todos os dias da sua vida: “ela é praticamente inutilizada”. Mesmo diante da resiliência posterior, essa abordagem médica lhe trouxe um grande senso de desincorporação, de tal modo que Roberta passou a ouvir de terceiros questionamentos de porque o marido ainda não a tinha abandonado; o que a fez pensar por um momento que deveria liberá-lo para ter outra esposa. A falta de sinais visíveis, as dores que incapacitam e a ausência de

10 O diagnóstico tem sido amplamente estudado pela antropologia e pela sociologia como uma situação na qual se estabelece a doença como uma entidade apartada da singularidade da enfermidade particular deste ou daquele sujeito (Rosenberg, 2002; Good, 1994). A despeito da diversidade de formatos e de tais efeitos sociais e pessoais, o diagnóstico detém um dinamismo simbólico e pode ser engajado politicamente como mecanismo de reconhecimento com reverberações inesperadas.

um tratamento curativo conferem à experiência vivida de Roberta e dos demais interlocutores, uma carga moral que ataca diretamente à autonomia.

Assim, explicar isso tudo para o outro causa uma tensão particular ao expor uma expectativa sobre a capacidade produtiva. Um trecho da entrevista de Valéria representa as descrições dos interlocutores quando tentam compartilhar dores e adoecimento com colegas de trabalho, como se percebe no trecho abaixo:

Eu ia trabalhar com dor, e tem colega que se solidariza, mas tem [aquele que não]. Uma vez eu estava no meio do plantão e eu comecei a chorar porque é muito difícil no começo. Primeiro você tem que lidar com a dor e você ter que absorver que você vai conviver o resto da sua vida com aquilo. É muito difícil no começo. E é a mesma coisa, ninguém está vendo, porque não é uma ferida aberta que as pessoas vão olhar e vão entender. Bem, então teve uma vez que eu estava com muita dor, e aí aquele negócio, você fica tentando não reclamar, porque para não ser chato, para não ser repetitivo. Mas teve uma vez que eu comecei a chorar assim, devagarinho, assim, tentando disfarçar. Aí uma colega viu, aí eu lembro que ela foi e comentou alguma coisa assim: que eu que eu tinha que me acostumar com isso, que não é assim mesmo? E aí eu lembro que na época eu fiz assim, “mulher, eu sei, mas você não imagina como é difícil processar isso, processar isso enquanto você está sentindo a dor”. Você está sentindo uma dor, que é quando eu estava na crise intensa, não tem um canto que não dói. Se a pessoa apertar, dói, se a pessoa te der um abraço, dói tudo, dói muito você parado, você andando, você não acha posição para dormir e você processar isso é muito dolorido também emocionalmente. Aí eu lembro dessa colega falando: pare de reclamar (Valéria, 35 anos, assistente social).

Nesses narrativas e relatos é possível perceber que a habilidade produtiva das pessoas é questionada reiteradamente, no que tange a falta de capacidade de alguém em se demonstrar produtivo e capaz de cuidar do outro e de si mesmo. Isso não se realiza apenas no trabalho formal remunerado ou no ambiente doméstico, a dimensão de utilidade se replica nos itinerários terapêuticos, como demonstram as narrativas de Francisca e D. Elenice. Se para as mulheres o diagnóstico reproduz descrédito moral antes atribuído, por exemplo, a histeria, para Rogério, de 39 anos, a

perda da força física confronta diretamente as performances de masculinidade esperadas da sua parte por seus familiares. É frequente, por exemplo, que ele se levante cedo, apesar de desempregado e mesmo sentindo dores excruciantes, para tentar se mostrar ativo. Ele analisa que qualquer sinal da doença traz acusações de vagabundagem – como se quisesse se aproveitar do cuidado de suas familiares mulheres.

Nas suas histórias é possível perceber reminiscências da ideia de “excesso sentimental” – termo já usado por uma interlocutora – significando uma relação de causa e efeito com a doença e, portanto, a fonte de uma incapacidade produtiva. A ideia de que as emoções descontroladas das pessoas, sejam mulheres ou homens – os primeiros atribuídos como menos masculinos e as segundas como atributo de sua natureza normal – é um possível ativador da dor física e das sensações decorrentes aparece no discurso tanto de quem acusa os interlocutores de mentira, como as próprias defesas quando narram momentos de sofrimento. Indica-se, com isso, que a emoção está ligada ao descontrole, enquanto estado oposto ao plano racional da produtividade.

Refiro-me, portanto, à força produtiva de indivíduos particulares que são desvalorizados no âmbito das relações por não serem capazes de produzir não simplesmente bens, mas produzir os outros ao seu redor quando se cuida, se limpa a casa, carrega-se peso, trabalha para prover as necessidades do grupo doméstico, entre outros, além de arcar com responsabilidades sobre terceiros. Não para gerar lucro especificamente, mas para gerar relações e para agir em função da manutenção da própria posição social dentro desses relacionamentos. A pessoa é reduzida a uma força que pode ou não ser útil. No âmbito do capitalismo contemporâneo, em seu esteio neoliberal, o paradigma individualista tem sido exacerbado através de uma forma de racionalidade que encontra no meio biomédico um agente operador. Segundo Sônia Maluf (2025), as manifestações de aflição e sofrimento social são capturadas nesse sistema econômico e explicadas por uma lógica da responsabilização individual, reduzindo o sujeito à forma de capital humano – alguém que precisa agregar um valor a si mesmo reiteradamente. Isso se estende a todas as relações sociais. Às respostas estatais não estão restritas ao espaço do trabalho.

Isso não implica, entretanto, que o plano simbólico deixe de ser atrelado a dimensão da utilidade na reprodução do capitalismo. A circulação e o acesso a bens de consumo acontecem tanto em termos de alienação (Campbell, 2001) quanto de criatividade cultural e organização social (Sahlins, 2003). Isso desabilita a oposição entre mercadoria e símbolo, vista comumente como reinante, deixando-os imbricados subjetiva, social e materialmente (Mauss, 2003; Sahlins, 2003; Mello Filho, 2019). Mesmo que se observe na antropologia que a produção de mercadorias e as trocas

econômicas não se afanam unicamente em satisfação de necessidades, estando essas em completa associação com dinâmicas culturais e posições sociais dos sujeitos, o viés econômico impõe limitações consideráveis na vida dos indivíduos em situações de pobreza, a qual se erige, como o chamaram Kleinman, Das e Lock (1997, p. xi) como um “fator de risco” para produção social do sofrimento.

Nesse sentido, como se narra, vive e sobrevive à fibromialgia ao mesmo tempo que há um esforço individual e coletivo de superar a falta, a pobreza, a escassez econômica? O que significa, mas também o que gera coletiva e individualmente, a escolha entre se dispor de uma medicação e comer por não se ter acesso a um trabalho que supra as necessidades mínimas? Uma vez que tal sofrimento é representado na linguagem biomédica, como a experiência desse lugar social se intersecta com a expropriação de si que é sentida com as dores, a fadiga e o descrédito coletivo constantes da fibromialgia? A seguir, apresento uma descrição etnográfica que busca galgar uma compreensão aprofundada dessas questões.

Economias terapêuticas

A médica que atendia no posto de saúde, D. Maria, pediu-me para aguardar na sala da consulta enquanto ela chamava a próxima paciente daquela manhã. Alguns minutos depois, fui apresentado a D. Elenice, uma simpática senhora de 63 anos de idade. Comerciante autônoma e dona de casa, ela morava a poucos metros do *postinho* e ia com muita frequência se consultar, se vacinar e conversar com as profissionais de saúde. Naquele momento observei a interação entre a médica e D. Elenice, que se queixava com bastante pesar de dores que sentia em decorrência da interrupção do uso medicamentoso da Duloxetina, droga originalmente comercializada como antidepressivo, mas que era manejada para o tratamento da fibromialgia. Ela não consegue se lembrar de quando não sentia dores por todo o corpo, mas se recorda que começou a sentir na coluna. Sua queixa naquela manhã não era centrada exatamente na doença, e sim no tratamento, em face de não poder continuar a comprar a medicação que lhe foi receitada pela própria médica. D. Elenice já tinha um diagnóstico claro e aceito de sofrer com a fibromialgia, mas o problema ali se tratava de não ter como arcar financeiramente com o medicamento. As dores não apenas continuaram com a interrupção, como se acentuaram com crises de enxaqueca, fadiga muscular e dor generalizada. Ela não podia ter uma vida normal, lamentava.

Quando a médica questionou o motivo da interrupção do tratamento, D. Elenice foi taxativa sobre a medicação ser muito cara. Custava naquele momento R\$

150,00¹¹ valor o qual ela não conseguia dispor todos os meses. Elenice queria, então, que a médica lhe receitasse algo mais acessível. A médica parou por alguns segundos, como se pensasse no que fazer, mas então lhe disse que poderia receitar o uso associado de dois outros medicamentos, os quais, juntos, iriam custar o mesmo valor da Duloxetina. D. Elenice nos dizia que se sentia bem com o uso contínuo desse remédio, no entanto, só sentira dores de volta quando o interrompeu. Eram tantas dores que não conseguia trabalhar nem em casa, nem com suas vendas fora, ao que ela diz: “Há dias que fico indisposta e acordo com dores que se parecem de trabalho pesado na roça. Quando acordo, a impressão que tenho é que passei a noite toda trabalhando pesado”. Se parou com a Duloxetina, D. Elenice consegue atenuar a dor da enxaqueca com o uso de Neosaldina, dizendo que “se vira com ela”, “embora não resolva muito”. As demais dores no corpo continuam. “Faço os meus bicos e minhas coisas de casa mesmo com dor porque não posso parar”, e conclui falando para a médica: “eu também não estou conseguindo dormir bem”. Com a escuta da queixa, a médica não pôde fazer nada de diferente. Receitou a Duloxetina e me disse que além da medicação sempre encaminhava pacientes com fibromialgia para acompanhamento fisioterapêutico e psicológico. Nesse momento, D. Elenice é rápida em afirmar a lentidão dos encaminhamentos no Sistema Único de Saúde, já que ela esperava há mais de um ano a liberação para começar as sessões de fisioterapia – visto que também não havia psicólogo na rede local.

Após D. Elenice deixar a sala de consulta, a médica me reforçava sobre como as dificuldades que os pacientes pobres normalmente têm limitam a continuidade do tratamento indicado para os problemas que eles possuem. Eram recorrentes as queixas que D. Elenice trazia. As rendas médias familiares dos e das pacientes daquele postinho, me falava noutra ocasião a coordenadora do serviço, não chegavam nem mesmo a um salário-mínimo. Não precisava fazer uma pesquisa censitária para saber disso, me dizia D. Vânia, que era enfermeira e geria o postinho. Eram trabalhadores empobrecidos que viviam majoritariamente de trabalhos informais, como D. Elenice. A quantia de R\$ 150,00 habilitava a compra de uma caixa de 60mg com 30 comprimidos que duravam um mês de tratamento, contudo, o valor monetário poderia impactar tanto a renda mensal de D. Elenice que poderia significar até mesmo metade da renda da familiar. Quando os bicos, como diz, rendiam mais que o normal, o “excedente” poderiam ser direcionados para o medicamento. Mas esse não era o

11 Em 2025, o salário-mínimo brasileiro corresponde a R\$1.518,00, de modo que o valor do medicamento da interlocutora da pesquisa corresponde a 9,88% desse montante, e é considerado por ela de altíssimo impacto financeiro. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, o custo de vida no Brasil é muito alto em comparação ao salário-mínimo, de modo que o órgão chegou a estimar que o salário-mínimo necessário deveria ser 78,76% mais alto que o atual (DIEESE, 2025).

caso há bastante tempo.

O empobrecimento que vivia D. Elenice me colocava de frente com as análises sociológicas e antropológicas sobre a reprodução social da pobreza no Brasil: a ausência de oportunidades, a replicação das posições sociais entre gerações diferentes da mesma família, os malabarismos que trabalhadores se engajam para lidar com resiliência perante as dificuldades financeiras e a ajuda mútua que pode dar forma a solidariedade familiar. Em particular, contudo, D. Elenice vivia uma gama de emoções que se intersectavam com a própria experiência de adoecimento que poderia, em certas ocasiões, se confundir entre sentimentos consequenciais, paralelos e desassociados. A amálgama entre essa experiência emocional ficava a cargo da aflição. D. Elenice estava aflita. Seus recursos, humanos e financeiros, não conseguiam dar conta da doença, nem da vida financeira em si. No final daquela manhã, ela era a última a ser atendida. Nas engrenagens da sociedade capitalista que estava envolvida, D. Elenice – paciente naquela interação – incorporava as dinâmicas do sistema e, embora possa parecer insignificante para grandes estratégias teóricas demonstra as limitações e as vidas possíveis que o capitalismo produz. A necessidade de ter que arcar financeiramente com a medicação, ao invés de recebê-la na própria farmácia do serviço de saúde, indica as carências que a política pública tem replicado no cotidiano de pessoas que sofrem com a fibromialgia, uma condição de saúde que não detém de abordagem específica no sistema público.

Quando estudou a vida de moradores de bairros periféricos de Nova Delhi, Veena Das (2015) se perguntava o que possibilita que alguém resista enquanto outro não sobreviva às facetas de desigualdade e aniquilamento que a pobreza institui no cotidiano. Podemos dirigir este questionamento aos interlocutores. Como pontuou Das, é interessante demonstrar as vicissitudes do sofrimento, mas também os prazeres que dão forma à vida cotidiana. No caso das pessoas entrevistadas, suas vidas não eram simplesmente mau augúrio. Alguns cuidavam dos netos, outros tinham uma ocupações que gostavam, outros companheiros(as) que amavam, filhos criados e várias outras questões que davam forma à vida. Mesmo assim, viver a dor da fibromialgia sem ter um conforto mínimo lhes dava um ar de sufocamento.

A ideia de aflição, portanto, usada por Das (2015) em sua etnografia sobre adoecidos graves e cuidadores de adoecidos, implicava que havia um peso na vida que parecia retirar a luz de estar vivo. A descoberta da fibromialgia, como me disse D. Elenice quando passávamos pela sala de espera em direção à porta de saída do serviço, trouxe-lhe tanto desarranjo que a vida se transformara. Agora, o peso adicionado envergava a história dela, justamente devido ao elemento de ruptura da doença crônica, da cronicidade desconhecida e pouco explicada da fibromialgia. Essa

era uma sensação e uma concretude experiencial da doença vivida por vários outros interlocutores com quem convivi nas idas aos postos de saúde e que entrevistei. A vida laboral piorava a doença que já não era facilmente manejada no dia a dia. Percebi que os relatos carregados de pesar sobre as acusações morais em torno da capacidade produtiva dessas pessoas as centralizavam como sujeitos super emocionados, significando que esse excesso sentimental gerava uma relação de causa e efeito com a doença.

Considerações finais: pobreza, incerteza e experiência

Ao longo do presente artigo busquei descrever e analisar experiências concretas de homens e mulheres que vivem com a fibromialgia, no tocante específico à circulação e apropriação do conhecimento sobre a doença através dos sintomas, além das consequências para a própria subjetivação. Percebe-se que, embora não haja o reconhecimento pleno de políticas sociais e de saúde na região e no país quanto ao caráter incapacitante e de sofrimento da fibromialgia, a principal locução desse contexto tem sido as micropolíticas que instaram a invisibilidade como regime ao qual se deve ultrapassar para se comunicar a dor. Um cenário não apenas agravado pela vulnerabilidade econômica, mas produzido por ela. Nesse sentido, uma série de questões não foram cobertas neste trabalho, como a construção de identidades terapêuticas, a dimensão étnico-racial, os movimentos sociais por direitos em saúde, entre outras.

As narrativas dos interlocutores apontam para comentários, olhares, posturas, atitudes de parentes, conhecidos, amigos e profissionais de saúde que alimentam um certo lugar de inutilidade. A pessoa, portanto, a partir da posição social ocupada nas relações sociais pode ser vista deleterianamente. Isso aumenta de modo considerável um estado de sofrimento vilipendioso para si próprio. Embora seja comum que mulheres adoecidas sejam abandonadas por companheiros, como demonstram pesquisas sobre cronicidade (Aureliano, 2019), e como também comentam as interlocutoras, os casos em que os cônjuges – e outras relações no âmbito da família extensa, dos grupos religiosos e de amizades – não apenas não foram embora, mas ficaram e cuidam, demonstrou-se ser uma ferramenta subjetiva de revalorização de si. Essa experiência social da doença amálgama um regime de invisibilidade que se materializa numa cobrança exacerbada pela força produtiva da pessoa adoecida, que deve então demonstrar possuir ainda capacidade cotidiana de cuidar de si e dos outros ao mesmo tempo que comprova o próprio valor moral para os outros. Embora a pesquisa na qual se baseia este artigo esteja ainda em andamento, pode-se refletir que a fibromialgia, ao ser objeto de controvérsia no mundo social das ciências e dos pro-

fissionais da saúde, galga particular efeitos de sofrimento social para quem procura entendê-la, explicá-la e superá-la sob a égide e os efeitos cotidianos do capitalismo e da desigualdade social.

Ao final desta reflexão, cabe questionar ainda se o sofrimento que vivem os interlocutores está realmente restrito ao caráter da invisibilidade da dor. Com isso não quero assertoar que esta dimensão seja irrelevante, pois a ausência de sinal biológico tem efeitos no mundo social para o estabelecimento do cuidado. Entretanto, poderíamos compreender o campo das aflições atrelado a reverberações a partir de outras problemáticas. Para começar a refletir sobre isso, considerar que outras experiências, como a da doença falciforme, que, segundo Nadja Silva e Ednalva Neves (2021), mesmo com sinais fisiológicos hematológicos, ainda estão circunscritas sob a chave da invisibilização devido ao racismo e a dinâmicas científicas. Ressalvadas as diferenças, em ambos os casos, tanto da fibromialgia como da anemia falciforme, o desconhecimento das explicações médicas disponíveis e a posição social dos indivíduos tem altíssimo impacto para o tratamento e o apoio coletivo.

Quanto à fibromialgia, mesmo que o diagnóstico ofereça o início de uma compreensão mais organizada e promissora para dar sentido à experiência, a dinâmica biomédica que reproduz não considera a perspectiva das pessoas. Quando escutam que devem se exercitar, administrar bem a medicação, não se entregar à doença, se alimentar melhor, perguntam como poderão fazê-lo sem apoio e sem ânimo de futuro. Estamos diante de um quadro de dor física tão intensa que até um abraço a acentua, além dessa sensação se integrar a outros mal-estares como a fadiga, a dificuldade de dormir e os desarranjos intestinais. A concretude física e fisiológica dessa ação não deixa de demonstrar efeitos subjetivos e emocionais em quem sofre, uma vez que cria um sentimento de solidão que piora ainda mais o quadro de difícil apoio social e necessita ser estudado em si. Apoio, reconhecimento, acolhimento, cuidado não são palavras, mas também objetos de engajamento que, ao acessarem, mudam consideravelmente as vidas dessas pessoas. Entretanto, os interlocutores e as interlocutoras também demonstram em meio a tantas dificuldades que não estão reduzidos à doença, refazendo as próprias vidas com autonomia e se movendo para longe de um estado de banimento de suas subjetividades.

Recebido 2/10/2025

Aprovado 20/07/2026

Referências



- Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, 1(42), 29–43. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>
- Barker, K. K. (2005). *The Fibromyalgia Story: Medical Authority and Women's Worlds of Pain*. Temple University Press.
- Barros, T. V. (2013). “Quem te colocou de castigo aí?": etnografia numa sala de hemodiálise. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(41), 125–136. <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/4714>
- Boccolini, P. M. M., Duarte, C. M. R., Boccolini, M. A., & Siqueira, C. (2017). Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3537–3546. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22552017>
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (2009). *O novo espírito do capitalismo*. Martins Fontes.
- Bruner, E. M. (1986). Experience and its expressions. In V. W. Turner & E. M. Bruner (Eds.), *The Anthropology of Experience* (pp. 3–30). University of Illinois Press.
- Bury, M. (1982). Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 165–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Charmaz, K. (1997). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.
- Clarke, A., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U. S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Coelho, M. C. (2010). Narrativas da violência: a dimensão micropolítica das emoções. *Mana*, 16(2), 265–285. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132010000200001>
- Corona, A. da S., & Couto, D. V. P. (2024). A epidemiologia das doenças crônicas: tendências e desafios no Século XXI. *Revista Missioneira*, 26(2), 173–183.

<https://doi.org/10.31512/missioneira.v26i2.1898>

- Csordas, T. (2008). A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In *Corpo/significado/cura* (pp. 101–146). Editora UFRGS.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, Disease, Poverty*. Fordham University Press.
- DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. (2024). *Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos*. <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2024>
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. LTC.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (1997). Introduction. In A. Kleinman, V. Das, & M. Lock (Eds.), *Social Suffering* (pp. ix–xxvii). University of California Press.
- Le Breton, D. (2021). De la souffrance d’existence à celle du corps. *Douleurs*, 22(3), 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2021.04.003>
- Maluf, S. W. (2024). Subjetivações neoliberais e sofrimento social: Políticas globais de saúde mental em tempos de neoliberalismo. *Cadernos CRH*, 37, e024035. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v37i0.61921>
- Marques, A. P., Espírito Santo, A. S., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). A prevalência de fibromialgia: Atualização da revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/rbr.2016.10.004>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Neves, E. M. (2015). Viver com (e apesar de) a doença: apontamentos sobre a experiência do adoecimento crônico entre diabéticos da Associação de Diabéticos de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 42, 111–131. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/22790>
- Nóbrega, J. A. (2020). *Família, emoções e biosocialidade: A mobilização de pessoas*



- com uma doença rara no Rio Grande do Norte - a síndrome de Berardinelli [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/45473>
- Passos, J. O. S. (2020). *A bioespectroscopia como ferramenta de triagem para a fibromialgia: Melhorando o diagnóstico para potencializar a funcionalidade* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/items/2a05a3a9-2788-46c3-9cbe-b9d91cb195f8>
- Peirano, M. (2014). Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), 377–391. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>
- Peterson, D., & Keeley, J. W. (2015). Syndrome, disorder, and disease. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1–4). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp154>
- Porto, R. M. (2020). Zika vírus e itinerários terapêuticos: os impactos da pós-epidemia no Estado do Rio Grande do Norte. *Ilha: Revista de Antropologia*, 22(2), 169-199. <https://dx.doi.org/10.5007/2175-8034.2020v22n2p169>
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>
- Santana, J. V. N. (2025). *Cirurgias cardiovasculares, doença e desigualdade social: Uma análise social dos itinerários terapêuticos e suas questões para o Sistema Único de Saúde* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/66969>
- Santos, V. M. dos. (2023). *Atenção básica à saúde do SUS, cuidado e emoções na experiência social da hipertensão arterial entre mulheres no Cônego Monte, em Santa Cruz, RN* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do

- Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/56267>
- Silva, C. D. da. (2023). Por uma corporalidade da escrita e do fazer etnográfico: a construção da subjetividade em terapias holísticas. *Aceno: Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 10(24), 399–414. <https://doi.org/10.48074/aceno.v10i24.15104>
- Silva, N. S. dos, & Neves, E. M. (2021). Traçando rotas de descaso a partir das experiências de adoecimento de mulheres com doença falciforme em João Pessoa/PB. *Áltera: Revista de Antropologia*, 2(13), 326–347. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2447-9837.2021.n13.59024>
- Vieira, F. C. (2025). Fibromialgia e a economia moral da dor. *Ilha: Revista de Antropologia*, 27(3), 77–95. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2025.e103484>
- Vieira, F. C., & Barros, T. V. (2018). Antropólogos/as e etnografias diante de processos de adoecimento e medicalização no Brasil - por uma reflexão prática em defesa do SUS. *Equatorial*, 4, 8–23. <https://doi.org/10.21680/2446-5674.2017v4n7ID14882>
- Vieira, F. C., & Porto, R. M. (2018). Às voltas com a escrita e com o outro: Intersubjetividades e diferenças de gênero na antropologia. In M. P. Grossi, E. Schwade, A. G. de Mello, & A. Sala (Orgs.), *Trabalho de campo, ética e subjetividade* (pp. 105–120). Tribo da Ilha. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/220027>
- Williams, S. J. (1996). The Vicissitudes of Embodiment Across the Chronic Illness Trajectory. *Body & Society*, 2(2), 23–47. <https://doi.org/10.1177/1357034X96002002002>