

A episteme médica e as incertezas do diagnóstico de Covid longa: um ensaio antropológico

The medical episteme and the uncertainties of Long COVID diagnosis: an anthropological essay

Jaqueline Ferreira^I

<https://orcid.org/0000-0002-7662-1773>
jaquetf@gmail.com

Graziani Araújo de Lima da Nóbrega^{II}

<https://orcid.org/0009-0002-4489-6657>
grazianilima@yahoo.com.br

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Mestranda em Saúde Coletiva

Resumo

A Covid longa é uma condição subsequente da infecção aguda pela Covid-19 com persistência dos sintomas por longo tempo ou agravamento ou surgimento de outras complicações. Apesar da recorrência desse fenômeno há uma invisibilidade diagnóstica. Este ensaio objetiva analisar, sob o ponto de vista da epistemologia médica, as incertezas que circundam esse fenômeno desde a sua atribuição como doença e os sintomas inespecíficos, sobretudo a fadiga, que terminam por influenciar a sua invisibilidade diagnóstica. Esse tipo de análise é uma proposta sintonizada com a abordagem socioantropológica da saúde e doença e da antropologia da biomedicina. Por tratar-se de um problema de saúde global e que se traduz em uma condição incapacitante temporária ou permanente, compreender as razões de sua invisibilidade diagnóstica do ponto de vista da biomedicina ocidental pode auxiliar na sua melhor compreensão e na gestão do seu cuidado.

Palavras-chave: Covid longa; diagnóstico; epistemologia médica; biomedicina.

Abstract

Long COVID is a condition following the acute Covid-19 infection, with persistence of symptoms for a long time or the worsening or emergence of other complications. Despite the recurrence of this phenomenon, there is a diagnostic invisibility. This essay aims to analyze, from the point of view of the medical epistemology, the uncertainties surrounding this phenomenon from its recognition as a disease, as well as its nonspecific symptoms, especially fatigue, which ultimately influence its diagnostic invisibility. This type of analysis is a proposal in tune with the Socio-anthropological approach to health and disease and the Anthropology of Biomedicine. As it is a global health issue that translates into a temporary or permanent disabling condition, understanding the reasons for its diagnostic invisibility from the point of view of the Western biomedicine can help to better understand it and manage its care.

Keywords: Long COVID; diagnosis; medical epistemology; biomedicine.

Uma questão que vem intrigando cientistas desde a primeira onda da pandemia de Covid-19 é que após o término da infecção aguda, milhões de pessoas pelo mundo que manifestaram graus da doença de forma leve, moderado ou grave têm apresentado a persistência dos sintomas por longo tempo ou agravamento ou surgimento de outras complicações (Caputo *et al.*, 2023). De acordo com a Agência Brasil (OMS [...], 2022) a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou no Relatório Europeu de Saúde que esse fenômeno atinge 10% a 20% de pessoas desse universo. Um estudo publicado baseado em dados de 56 países, em que participaram mais de 3 mil pessoas, foi possível identificar 203 sequelas, relacionadas a dez diferentes órgãos do corpo. Dentre esses casos, 56 sintomas persistiram por sete meses. Apesar da recorrência desse fenômeno consequente à infecção aguda da Covid-19, há consenso de pesquisadores sobre a dificuldade de diagnóstico (Huang Yao *et al.*, 2021).

Este ensaio objetiva analisar, sob o ponto de vista da epistemologia médica, as incertezas que circundam esse fenômeno desde a sua atribuição como doença (conhecido como síndrome pós-Covid ou Covid longa, dentre outras) e os sintomas inespecíficos, sobretudo a fadiga, que terminam por influenciar a sua invisibilidade diagnóstica. Esse tipo de análise é uma proposta sintonizada com a abordagem socioantropológica da saúde e doença e da antropologia da biomedicina. Esta última é o campo que tem a racionalidade médica ocidental, a biomedicina, como foco de investigação, assumindo que os aspectos socioculturais têm relevância nas teorias e práticas biomédicas (Good, 1994; Lock; Nguyen, 2010). Ou seja, a biomedicina funda-se não somente por sua matriz biológica, mas igualmente por aspectos morais, simbólicos e sociais.

Inicialmente, gostaríamos de fazer uma pequena retrospectiva sobre o processo de reconhecimento do fenômeno como doença e, sobretudo, doença de longa duração.

O reconhecimento oficial da condição pós-Covid como “doença de longa duração”

A relevância e persistência dos sintomas que se seguem à infecção aguda da Covid-19 levou primeiramente um grupo de pacientes britânicos, sofredores desse fenômeno, a se reunirem em agosto de 2021 com integrantes da OMS para

defender medidas de reconhecimento, pesquisa e reabilitação. A proposta do grupo teve êxito, uma vez que no mês seguinte a condição pós-Covid foi reconhecida e recebeu um código próprio na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10): U09. No dia 8 de outubro de 2021, a OMS divulgou uma definição para essa condição, construída por meio de uma pesquisa, com base na metodologia Delphi, que é baseada no princípio de que as previsões por um grupo estruturado de especialistas são mais precisas se comparadas às provenientes de grupos não estruturados ou individuais (Nunes, 2019). Os participantes foram pacientes, especialistas de pacientes e representantes da OMS de todos os continentes do globo. O objetivo da pesquisa foi determinar os domínios e variáveis indispensáveis para a construção de uma definição de caso clínico, padronizada e mundialmente reconhecida dessa condição (World Health Organization, 2021). A importância da iniciativa foi colaborar com os profissionais de saúde no diagnóstico da doença, fomentar novas pesquisas, bem como incentivar o tratamento aos pacientes. Conforme a agência internacional de saúde,

a condição pós-Covid-19 ocorre em indivíduos com uma história infecção por Sars-CoV-2 provável ou confirmada, geralmente três meses desde o início da Covid-19 com sintomas que duram pelo menos dois meses e não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Os sintomas comuns incluem fadiga, falta de ar, disfunção cognitiva, mas também outros, e geralmente têm um impacto no funcionamento diário. Os sintomas podem ter começo após a recuperação inicial de um episódio agudo de Covid-19 ou persistir desde a doença inicial. Os sintomas também podem flutuar ou ter recaída ao longo do tempo (World Health Organization, 2021, tradução nossa).

Essa definição da OMS é a que prepondera no meio científico e foi um esforço da organização para que essa condição fosse elevada ao status de doença e dessa forma suplantando a falta de clareza entre os profissionais de saúde. Isso é importante, pois faz com que os esforços no avanço da pesquisa e do tratamento não sejam negligenciados, já que a infecção do coronavírus não é mais uma pandemia e perdeu o seu caráter de excepcionalidade e de urgência. De fato, a busca por uma definição e nomeação é importante na medida em que, como bem definiu Fassin (1996), as escolhas léxicas sempre vão ao encontro de perspectivas

políticas. As palavras são construídas tanto para descrever como prescrever, ou seja, para representar uma realidade em que se deseja intervir.

No Relatório de 2021 da OMS, intitulado “Desenvolvimento de uma definição de caso clínico para a síndrome pós-Covid-19”, foi divulgada uma tabela, reproduzida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com alguns nomes sugeridos na literatura para se referir à condição pós-Covid como síndrome pós-covid, sequelas tardias de Covid-19, Covid longa, Covid de longa duração, Covid pós-aguda, por exemplo. O nome adotado pela OMS foi “síndrome pós-Covid-19” pois “é neutro e não tem atribuição de causalidade e já tem um código CID-10 designado como U09.9” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021, p. 31). Neste ensaio, usaremos o termo Covid longa pois é o mais reproduzido na literatura, conforme evidenciado no mesmo documento. Destarte, o desenlace dessa definição não implica que todas as incertezas que cercam o fenômeno foram totalmente extinguidas, na medida em que a própria OMS ressaltou que tal definição poderia mudar a qualquer momento com a descoberta de novas evidências.

No final do ano de 2022 foi veiculado por alguns canais de informação que a União Europeia aprovou a comercialização do primeiro teste para detectar Covid longa, chamado de IncellKine Long Covid in Vitro Diagnostic, criado pela empresa americana IncellDx. O teste é realizado através de um exame de sangue simples onde é possível detectar, por meio dos marcadores biológicos, alterações celulares específicas em pessoas com sequelas da Covid-19. É bem possível que, num futuro não tão longínquo, tal inovação científica também seja aprovada em diversos outros países como um importante recurso para esse diagnóstico (ME Research UK, 2022). No entanto, até o momento, inexistem biomarcadores precisos que auxiliem o diagnóstico, o que acaba desestimulando a indústria farmacêutica a investir em pesquisas para desenvolver fármacos eficazes para o seu tratamento. Esse é um dos fatores de sua invisibilidade diagnóstica como veremos adiante.

A condição que caracteriza a Covid longa é a sua perpetuação no tempo, o que do ponto de vista biomédico se enquadra na definição de doença crônica. Isso inclui todas as condições em que um sintoma existe continuamente, e que, mesmo não pondo em risco a saúde física, são extremamente incômodos, levando à disrupção da qualidade de vida e capacidade laboral das pessoas. Essa situação afeta mais severamente as parcelas da população que são vulneráveis

do ponto de vista socioeconômico, especialmente em países com acentuada desigualdade. Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública de alta relevância, e sua abrangência tem levado ao questionamento sobre medidas preventivas, promotoras de saúde e de vigilância epidemiológica, bem como sobre o investimento de políticas públicas (Ciência & Saúde Coletiva, 2015).

Do ponto de vista socioantropológico, os esforços analíticos para distinguir doença (*disease*) e enfermidade (*illness*), isto é, as construções biomédicas das experiências sentidas pelos doentes, já foram cotejados por Kleinman (1988). No entanto, outros autores defendem que as doenças são uma interação entre os dois polos e que essa distinção é somente analítica (Boltanski, 1984; Ferreira, 2022). Isso é mais verdadeiro em face das doenças crônicas que são uma ilustração da experiência do mundo do doente, abrangendo todas as dimensões da sua vida, gerando um sofrimento que suplanta o plano físico.

Esses aspectos levam à indagação de qual termo devemos usar: “perturbação”, “condição”, “distúrbio”, “aflição”, “sofrimento”, “problema”? Assim, Duarte e Fachel Leal (1998) preferem a denominação “perturbação físico-moral”. Já Canesqui (2007) utiliza a denominação de “longa duração”, recuperando a clássica distinção entre *disease* e *illness*, procurando explorar a experiência através da análise da narrativa no âmbito da fenomenologia e da hermenêutica. Fleischer (2018, p. 32), por sua vez, adota a denominação êmica de “doença comprida”, que ela nos traz de sua etnografia com pessoas acometidas de hipertensão, mostrando a sua constância no tempo, mas “[...] nunca num continuum homogêneo, porque o comprido também prevê percalços, reviravoltas e renaturalizações”.

As características que circundam a doença crônica, na qual se enquadra perfeitamente a Covid longa, nos levam igualmente à outra noção definida como “ruptura biográfica”, no sentido atribuído por Michael Bury (2011). Segundo o autor, os acometimentos de longa duração induzem a uma crise na vida quotidiana que os leva a reorganizar os significados e sentidos de sua existência. Mas é uma crise que se rotiniza e a racionalidade biomédica passa a ser integrada pelo doente por meio do contato com o médico e frequentemente negociada entre as duas partes (Baszanger, 1986).

A “constelação dos sintomas” e os desafios diagnósticos da Covid longa

A ausência de sinais patognomônicos da Covid longa fez a OMS considerá-la como uma doença caracterizada por uma “constelação de sintomas” (World Health Organization, 2021). Consequentemente, a OPAS apresentou no seu relatório de 2021 algumas descrições da doença, na tentativa de circunscrevê-la, em que preponderam: sinais e sintomas de longa duração, fadiga pós-viral, síndrome de fadiga crônica, além de tosse, falta de ar, dor de cabeça, palpitações, dor no peito, dor nas articulações, limitações física, depressão e insônia.

Um estudo que considerou a alta incidência de Covid longa foi realizado na França contando discernir a relação entre a crença de ter sido infectado por Covid-19 e a comprovação real da infecção realizada através de teste de sorologia para identificação do vírus Sars-CoV-2 com os relatos de sintomas físicos persistentes durante a pandemia da Covid-19. A pesquisa contou com a participação de 26.823 adultos franceses voluntários, na faixa entre 18 e 69 anos, que integravam a base populacional da coorte epidemiológica entre os anos de 2012 e 2019. Entre maio e novembro de 2020 kits de amostra de sangue seco foram ofertados aos participantes para autocoleta, sendo os resultados do teste de sorologia divulgados posteriormente via postal ou e-mail. Entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, os participantes responderam diversas perguntas, entre elas, se haviam tido algum sintoma desde março de 2020 que antes não era comum, como: problemas do sono, dores nas articulações, dores nas costas, dores musculares, músculos doloridos, fadiga, falta de atenção ou concentração, problemas de pele, sintomas sensoriais, deficiência auditiva, constipação, problemas no estômago, dor de cabeça, dificuldade respiratória, palpitações, tontura, dor no peito, tosse, diarreia, anosmia (perda ou redução do olfato), entre outros. A cada sintoma relatado era perguntado o tempo de permanência dele, sendo considerado sintoma persistente aquele que perdurava por mais de oito semanas. De acordo com o autorrelato foram estabelecidos quatro grupos de participantes: crença negativa e sorologia positiva; crença positiva e sorologia negativa; crença positiva e sorologia positiva; e crença negativa e sorologia negativa. O resultado da pesquisa apontou que os sintomas persistentes relatados pelos participantes da coorte da base populacional francesa entre 10 e 12 meses após a primeira onda da pandemia da Covid-19, estavam mais associados à crença de

ter sido infectado pelo vírus do que ter tido a infecção de fato. Outro aspecto importante que o estudo revela é sobre a ideia de que sintomas físicos persistentes atribuídos inicialmente à Covid-19 podem não ser específicos para essa doença, mas decorrente de outra doença subjacente. Além disso, a crença de se ter experienciado a infecção pela Covid-19 pode ocasionar o aumento de sintomas, afetando a percepção e fomentando comportamentos de saúde desadaptativos, como a redução de atividades físicas e exclusão alimentar (Spier, 2022).

A pesquisa é importante e nos ajuda a refletir sobre os desafios colocados aos profissionais de saúde de se estabelecer o diagnóstico preciso da Covid longa, uma vez que, apesar das inúmeras pesquisas na área até o momento, ainda não existem critérios médicos claros que definam os sintomas como atribuídos especificamente à infecção pela Covid-19. Em grande parte, o diagnóstico é ancorado nos relatos trazidos pelos pacientes em relação à persistência dos sintomas da Covid-19, os quais podem ou não terem tido a confirmação da infecção pelo vírus pelos testes laboratoriais disponíveis. Igualmente sempre há a possibilidade de que esses sintomas sejam associados a outras causas, como reforça a pesquisa francesa acima referida, ou atribuídos às doenças psicossomáticas que tiveram sua frequência elevada na pandemia (Araujo Passos *et al.*, 2021).

Diante de tais constatações e referências relativas à constelação de sintomas atribuíveis à Covid longa, cabe refletirmos sobre o lugar do sintoma no âmbito da clínica na racionalidade biomédica ocidental (Camargo Jr., 2005), o que termina por influir na dificuldade diagnóstica da doença.

Os sintomas e a construção do diagnóstico na episteme médica

Os sintomas dizem respeito única e exclusivamente ao doente, configurando o caráter invisível da doença, ou seja, o que não pode ser constatado objetivamente. São as sensações subjetivas que o indivíduo experimenta e que só pode expressá-las por meio de palavras. O médico só terá acesso a eles por meio da escuta do paciente, na etapa da consulta médica conhecida como anamnese (Ferreira, 2022).

Seguindo uma linha histórica, Hipócrates, no século VI A.C., é quem estabelece pela primeira vez a diferença entre sintomas e doença. Assim, para ele,

como para os médicos da atualidade, o sintoma é a manifestação de algo que está ocorrendo no organismo, e não a própria doença. Por exemplo, a febre não é uma doença em si, mas o indício desta. Tal concepção, que nos parece óbvia hoje, era inédita no tempo de Hipócrates. O historiador Carlo Ginzburg (1989) reforça essa asserção quando ao apresentar o paradigma indiciário refere que os sintomas correspondem a “pistas”, na medida em que permitem captar uma realidade mais profunda, quase inatingível.

O sintoma por muito tempo foi a única forma de acesso à doença. Segundo Foucault (1980, p. 101):

Tosse, febre, dor lateral e dificuldade de respirar não são a própria pleurisia – esta jamais se oferece aos sentidos – só se desvelando pelo raciocínio – mas formam o sintoma essencial, visto que permitem designar um estado patológico (por oposição à saúde).

Segundo o autor, após a liberação dos cadáveres para as escolas de medicina pela Igreja, o acesso ao interior do corpo permitiu a visualização das lesões, seus volumes, formas, limites e contornos, inaugurando a disciplina da patologia e o método de diagnóstico que confronta os aspectos clínicos com os achados da necrópsia, a anatomoclínica:

A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam um com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo (Foucault, 1980, p. 155).

Assim, com o advento da anatomoclínica como campo institucionalizado de conhecimento, o acesso à doença tornou-se visível. De acordo com Foucault, ela inaugura não só uma nova forma de diagnosticar, mas também uma nova forma de conceber o processo saúde e doença. Consequentemente forma-se a semiologia médica, disciplina que alia a interpretação dos sintomas, acessados somente pela escuta, com o exame físico dos sinais objetivos da doença constatados. Principia nesse momento o que o autor denominou de a “medicina do olhar”, superando a medicina da escuta.

O processo de objetivação do diagnóstico segue o seu curso e na segunda metade do século XIX surge a tendência da utilização clínica de “instrumentos de precisão” no estudo das doenças. Seriam eles o termômetro, a química e a microscopia do sangue e da urina, por exemplo. Já na década de 1920, o manguito de pressão arterial, o eletrocardiograma, o eletroencefalograma e os raios X passaram a estar disponíveis em hospitais bem equipados. É o momento em que as doenças assumem formas em imagens precisas e aparentemente objetivas, úteis no diagnóstico e monitorização de casos particulares, mas também capazes de serem generalizadas para compreensões mais amplas (Ortega, 2006; Rosenberg, 2002). A doença passa a ser compreendida e descrita operacionalmente, medida em unidades, representada na forma visível de curvas ou traçados contínuos que são ensinados a sucessivas gerações de estudantes de medicina. A doença não pode mais ser “fingida” ou “falsificada” (Wunderlich; Seguin, 1871). Consequentemente, foi possível estabelecer tabelas nosológicas que passam a ser fundamentais para implementar o que passou a ser chamado o “aspecto científico” da medicina. A partir daí, sem um vocabulário acordado sobre as doenças, seria difícil acumular um conhecimento clínico válido (Rosenberg, 2002).

Cada vez mais, o diagnóstico é valorizado como distinção do conhecimento médico. Prova disso é que o arsenal de exames laboratoriais e de imagens prepondera na clínica médica atual, buscando-se obtê-los diante de diferentes hipóteses de forma mais rápida e segura. Assim, dominar um vocabulário de imagens de doenças e ser capaz de distingui-las é atualmente fundamental para o papel do médico, pois tal conhecimento está subjacente às tarefas socialmente indispensáveis de diagnóstico e prognóstico e à racionalização da prática terapêutica. Essa relação entre procedimentos, máquinas e diagnósticos é, para a maioria dos médicos, tanto desejável como inevitável, pois a doença passa a ser definida em termos cada vez mais objetivos, sem margens para dúvidas. Mas isso não implica que foram superadas todas as imprecisões, pois, como bem corrobora Freidson (2009), as indeterminações fazem parte da medicina e cabe ao médico suplantá-las na medida em que a medicina é uma atividade prática mais do que uma atividade científica e erudita. Isso é tão verdadeiro que, como refere Camargo Jr. (2005), mesmo que na assistência ambulatorial preponderem casos em que o diagnóstico não seja claro, eles são considerados como “casos atípicos”. Lembremos aqui que Richard Cabot (1914) no início do século XX conceituou o “diagnóstico diferencial” na tentativa de reduzir as incertezas diante de uma profusão de sinais e sintomas.

Segundo ele, o adjetivo “diferencial” pressupõe diferenciação entre alternativas discretas e, portanto, legítima e cria prospectivamente entidades de doença como realidades sociais, quaisquer que sejam a base probatória para sua existência.

Todas essas expectativas em relação a definições precisas levaram Archibald Cochrane a aplicar a epidemiologia à saúde pública, pensando em realizar diagnósticos em termos de eficácia e eficiência, inaugurando a medicina baseada em evidências (MBE). Muitas críticas são feitas a esse modelo de protocolos poderosamente restritivos e arbitrários, em face das situações clínicas específicas. Uma delas é a difícil incorporação de preferências e valores dos pacientes, dos médicos e dos sistemas de saúde. Todos esses fatores apontam para a necessidade de um aprofundamento da epistemologia da MBE (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021; Veloso de França, 2003).

É por essas razões que os sofrendores de sintomas indefinidos, como a Covid longa, representam um desafio para a prática médica. A forma imprecisa como esse fenômeno se apresenta não se coaduna com episteme médica atual e pode ser um dos complicadores para o estabelecimento do diagnóstico. Esses doentes podem ser considerados pelos médicos como “difíceis”, por apresentarem condições clínicas com doenças psicossomáticas e crônicas, sintomas e queixas amplos como dor e fadiga, emoções fortes e dificuldades de dar informações (Cruvinel; Grosseman, 2023), ou “inoportunos”, por usarem os serviços de assistência sem precisar deles (Vescovi; Souza; Avelar, 2015). Eles também podem receber a denominação estigmatizada de “poliqueixosos”, que é um jargão médico para denominar os pacientes com sintomas mas sem doença diagnosticável. Um estudo de Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009, p. 814) presume que as dificuldades dos médicos de assistir esses pacientes podem estar atreladas à formação médica, “visto que as questões ligadas à relação médico-paciente, sobretudo no que diz respeito aos aspectos subjetivos e à singularidade do sofrimento humano, não são valorizadas no ensino e tampouco na prática médica em geral”. Segundo os autores, os médicos recorrem a estratégias limitadas e não resolutivas ao abordar esses pacientes. Cabe lembrar aqui que a realidade objetiva das doenças só pode ser cotejada num quadro de normalidade ideal, estabelecido a partir das relações entre o normal e o patológico já discutidos por Canguilhem (1966).

Apontamos acima alguns aspectos da racionalidade médica ocidental que podem influir na dificuldade do diagnóstico da Covid longa. Passaremos agora a explorar um dos sintomas mais prevalentes nessa condição, e que, igualmente

pela sua inespecificidade, contribui para a dificuldade diagnóstica. Estamos nos referindo à fadiga.

Fadiga: um sintoma físico-moral

A crise sanitária e o confinamento pela Covid-19 aumentaram o relato da presença do sintoma de fadiga e, igualmente, na Covid longa ele é o mais frequente e o que mais se perpetua.

Podemos definir a fadiga como uma sensação de exaustão durante ou após atividades cotidianas ou uma sensação de falta de energia para iniciar essas atividades. Embora tal sintoma seja muito comum, ele é muito controverso na ciência (Mota; Cruz; Pimenta, 2005). Talvez possamos explicar a dificuldade diagnóstica de Covid longa dada a epidemiologia desse sintoma: estima-se que 9% das pessoas sentem fadiga por mais de seis meses alguma vez na vida. Em um estudo, 18 pacientes apresentaram queixa de fadiga em um total de mil consultas realizadas em um ano (Darbishire; Ridsdale; Seed, 2003). Ela é mais frequente em mulheres que em homens (Bensing; Hulsman; Schreurs, 1999), e metade dos pacientes com fadiga tem uma causa psicológica (Stadje *et al.*, 2016). Atualmente, diante de uma causa desconhecida, é aplicada a denominação de síndrome de fadiga crônica (Reid *et al.*, 2000). Vale lembrar que a Covid longa entra nesse rol diagnóstico.

A fadiga pode ser sintoma de qualquer condição médica, apresentando-se isolada ou acompanhada por outros sintomas. Mas independentemente de sua causa ou apresentação ela é muito debilitante, causando sofrimento físico e moral, sendo passível de articulação com normas culturais (Duarte, 1986). Historicamente, desde a Idade Média à contemporaneidade, os sintomas de fadiga mudaram na sua forma e representação, com consequente ajustamento dos discursos, ampliação das explicações causais e o surgimento de novas reivindicações pelos seus portadores. De acordo com Vigarello (2022), essas transformações são atreladas ao individualismo, com o aumento do desejo de autonomia e autorrealização que competem com formas de constrangimento e de controle presentes cada vez mais na vida cotidiana, seja no lazer ou condições de trabalho, expressando-se de forma diferente de acordo com gênero e papéis sociais, idade e classe social (Carneiro, 2021; Silva *et al.*, 2011; Zorzanelli; Vieira; Russo, 2016).

Do ponto de vista físico, ela comporta vários atributos que podem estar relacionados a uma constituição física como à natureza do indivíduo (fraqueza), à má alimentação, ao desgaste por esforço físico demasiado como também ao desânimo, à falta de vontade, à mediocridade. De tal forma, é frequentemente difícil distinguir as fronteiras entre o físico e o moral desse sintoma, conforme já explicitado. Isso repercute na assistência médica, podendo ele ser negligenciado ou tratado como um problema psiquiátrico. Da mesma forma, a inexistência explicativa de um mecanismo biológico mensurável dá margem a um debate sobre a existência e legitimidade desse sintoma como doença. Desnecessário dizer que isso pode trazer repercussões importantes na organização familiar e econômica do seu portador. Isso igualmente influi na gestão burocrática da doença, em que as categorias nosológicas desempenham um papel administrativo indispensável. Assim, não é de surpreender que doentes individuais e grupos de defesa das doenças tenham surgido cada vez mais e exigido a atribuição de identidades específicas. Um dos exemplos desse caso é a fadiga crônica (Rosenberg, 2002) e, mais recentemente, a Covid longa (Falceta da Silva, 2023).

Certos sintomas relatados pelos pacientes conduzem os médicos ao centro do sofrimento, do isolamento, da injustiça. Como dar conta de sintomas, certamente físicos, mas que também cobrem um sofrimento moral? Como medicalizá-los? São essas questões que surgem diante de um sintoma inespecífico como a fadiga e que dificultam o diagnóstico de uma condição que a porta.

Considerações finais

Atualmente, são cada vez mais raras as doenças que não podemos diagnosticar. Essa situação ideal reflete uma noção de racionalidade e progresso científico. As avançadas tecnologias, imagens médicas, *pet-scanner* denotam uma virtualidade do corpo alterando nossa concepção do mesmo, da doença e do tempo. O grande paradoxo é que as imagens obtidas são convencionais, dados numéricos e abstratos, ou seja, o “corpo transparente é a sua ausência” (Ortega, 2006). Assim, os padrões de normalidade e anormalidade e a condição de doente crônico também envolvem convenções e, igualmente, implicam constante negociação entre os atores sociais. Isso deve ser levado em conta no contexto estrutural e organizacional do trabalho médico e de suas interações, evidenciando cada vez

mais o conhecimento médico como histórica e socialmente construído. Na doença crônica, a sequência lógica sintoma-diagnóstico-tratamento-cura ou morte é substituída pela temporalidade. Esse esquema faz parte de uma construção histórica datada, mediante um modelo médico embasado em uma finalidade terapêutica. O diagnóstico rotula, define e prevê, e, ao fazê-lo, ajuda a constituir e legitimar a realidade que discerne.

O diagnóstico é central para a reflexão sobre a Covid longa, pois ele é o marco da nova condição: a de doente crônico introduzindo o doente nas bases conceituais do saber médico. Nesse sentido, classificar a Covid longa como doença tem o objetivo de dar-lhe visibilidade e concretude. Isso é importante para a redefinição das identidades individuais e sociais. O diagnóstico organiza a experiência da doença, seu tratamento e a direção da cura. O diagnóstico também é um projeto interpretativo que envolve troca de experiências entre leigos e especialistas. Institucionalmente, autoriza as licenças de trabalho, impondo novas formas de sociabilidade como grupos de autoajuda e até mesmo mudanças em suas relações sociais. É importante observar como a nomeação de uma doença lhe dá concretude e implica a ruptura biográfica (Bury, 2011), a reconstrução de narrativas (Rabelo; Alves; Souza, 1999) e estabelece novas formas de relação médico-paciente, envolvendo negacionismos ou não (Oliveira, 2023).

Diante dos fatos expostos neste ensaio pode-se compreender que, do ponto de vista científico e político, apesar das diversas terminologias se referirem à condição de continuidade de sintomas ou surgimento de complicações após a infecção aguda por Covid-19, estabelecer uma definição consensual e detalhada sobre a patologia passou a ser alvo de profundos debates, como os fomentados pela OMS. Por tratar-se de um atual problema de saúde global advindo de uma pandemia e que se traduz em uma condição incapacitante temporária ou permanentemente, sua definição é útil para a sua formatação biomédica, para a medicalização dessa condição que se perpetua no tempo, bem como para as instituições sociais.

Em países como o Brasil, isto é particularmente relevante, pois possibilita as discussões sobre os diferentes níveis do cuidado crônico, o acesso aos cuidados multiprofissionais, aos conflitos entre as práticas integrativas e à medicina baseada em evidências. Termina por revelar as desigualdades e inequidades no acesso à saúde e as tensões entre o público e o privado.

Referências

- ARAÚJO PASSOS, A. G. *et al.* O aumento das doenças psicossomáticas durante a pandemia e dificuldades no atendimento psicológico. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 8, e10710817004, 2021.
- BASZANGER, I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 3-27, 1986.
- BENSING, J. M.; HULSMAN, R. L.; SCHREURS, K. M. Gender differences in fatigue: biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women. *Medical Care*, [s. l.], v. 37, n. 10, p. 1078-1083, 1999.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BURY, M. Doença crônica como ruptura biográfica. *Tempus: actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 42-54, 2011.
- CABOT, R. *Differential diagnosis*. Philadelphia: WB Saunders, 1914.
- CAMARGO Jr., K. R. de. A biomedicina. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 2005.
- CANESQUI, A. M. Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: CANESQUI, A. M. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Editora Fapesp: Hucitec, 2007. p. 9-51.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.
- CAPUTO, E. L. *et al.* Short-term impact of COVID-19 pandemic on low back pain: data from the PAMPA Cohort, Brazil. *BMC Public Health*, [s. l.], v. 23, n. 1, art. 44, 2023.
- CARNEIRO, R. Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 63, e216313, 2021.
- CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. Vigilância de doenças crônicas e violências, o desafio contemporâneo. Org. M. C. Minayo e L. Gualhano. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2015.
- CRUVINEL, P. V. Q.; GROSSEMAN, S. Afinal quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1685-1701, 2023.

DARBISHIRE, L.; RIDSDALE, L.; SEED, P. T. Distinguishing patients with chronic fatigue from those with chronic fatigue syndrome: a diagnostic study in UK primary care. *British Journal of General Practice*, [s. l.], v. 53, n. 491, p. 441-445, 2003.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, L. F. D.; FACHEL LEAL, O. *Doença, sofrimento e perturbação*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

FALCETA DA SILVA, P. Mesmo com o fim da situação de emergência sanitária, parte da população ainda sofre com sequelas da covid-19. *Avico*, [s. l.], 15 fev. 2023. Disponível em: <https://avicobrasil.com.br/noticias/noticia/10>. Acesso em: 21 dez. 2023.

FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. de; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 59-78, 2021.

FASSIN, D. "Clandestins" ou "exclus"? Quand les mots font des politiques. *Politix: revue des sciences sociales du politique*, [s. l.], v. 34, p. 77-86, 1996.

FERREIRA, J. *O corpo sígnico: abordagem antropológica dos sintomas, sinais e símbolos corporais*. Curitiba: CRV, 2022.

FLEISCHER, S. R. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

GINZBURG, C. *Mitos, emblemas e sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GOOD, B. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr., K. R. de. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica? *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 797-815, 2009.

HUANG YAO, Q. *et al.* 1-Year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *The Lancet*, London, v. 398, n. 28, p. 747-758, 2021.

KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

LOCK, M; NGUYEN, V.-K. *An anthropology of biomedicine*. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2010.

ME RESEARCH UK. EU approves new blood test for long COVID, 2022. *ME Research UK*, Perth, 8 Sept. 2022. Disponível em: <https://www.mererearch.org.uk/new-blood-test-for-long-covid/>. Acesso em: 28 out. 2023.

MOTA, D. D. C. de F.; CRUZ, D. de A. L. M. da; PIMENTA, C. A. de M. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

NUNES, P. Método Delphi. In: KNOOW: enciclopédia temática. [S. l.]: Paulo Nunes, 2019. Disponível em: <https://knoow.net/cienceconempr/gestao/metodo-ou-tecnica-delphi/>. Acesso em: 24 out. 2023.

OLIVEIRA, E. A vida inadequada: a inconstância significativa do sofrimento e seus efeitos na relação médico/paciente. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e2023037, 2023.

OMS: efeitos pós-covid-19 atingem 10 a 20% dos infectados. *Agência Brasil*, [s. l.], 24 mar. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2022-02/oms-efeitos-pos-covid-19-atingem-10-20-dos-infectados>. Acesso em: 26 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Expandir nosso entendimento da síndrome pós-COVID-19: relatório de um webinar da OMS*. [S. l.]: OPAS, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54313/9789275723999_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 abr. 2023.

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 89-107, 2006.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

REID, S. *et al.* Chronic fatigue syndrome. *BMJ*, [s. l.], v. 320, n. 7230, p. 292-296, 2000.

ROSENBERG, C. E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, [s. l.], v. 80, n. 2, p. 237-260, 2002.

SILVA, J. P. *et al.* Fatores clínicos, funcionais e inflamatórios associados à fadiga muscular e à fadiga autopercebida em idosas da comunidade. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 241-248, 2011.

SPIERS, N. Reassessment of persistent symptoms, self-reported COVID-19 infection and SARS-CoV-2 serology in the SAPRIS-SERO cohort: identifying possible sub-syndromes of Long Covid. *medRxiv*, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2022.02.25.22271499>. Acesso em: 26 dez. 2023.

STADJE, R. *et al.* The differential diagnosis of tiredness: a systematic review. *BMC Family Practice*, [s. l.], v. 17, n. 1, 2016.

VELOSO DE FRANÇA, G. Os riscos da medicina baseada em evidências. *Bioética*, [s. l.], n. 11, p. 23-32, 2003.

VESCOVI, R. G. L.; SOUZA, L.; AVELLAR, L. Z. Usuários poliqueixosos: representações sociais construídas por médicos da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 1, p. 71-82, 2015.

VIGARELLO, G. *A história da fadiga: da idade média aos nossos dias*. Petrópolis: Vozes, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*. [S. l.]: World Health Organization, 6 Oct. 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1. Acesso em: 24 dez. 2023.

WUNDERLICH, C. A.; SEGUIN, E. *Medical thermometry, and human temperature*. New York: William Wood, 1871.

ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J. A. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. *Interface: comunicação, saúde, educação*, [s. l.], v. 20, n. 56, p. 77-88, 2016.

Recebido: 29/12/2023 Aceito: 31/05/2024 | Received: 12/29/2023 Accepted: 5/31/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.