

A SÍNDROME DA FADIGA CRÔNICA: APRESENTAÇÃO E CONTROVÉRSIAS

Rafaela Teixeira Zorzanelli*

RESUMO. Apresentaremos o quadro da síndrome da fadiga crônica, emergente no final da década de 1980, nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, no contexto de outras síndromes funcionais. Analisaremos o quadro clínico, os sintomas associados a ele e a flagrante dificuldade de encontrar um substrato anatomofisiológico para tal condição. Discutiremos, a partir do exemplo da síndrome da fadiga crônica, os efeitos de legitimidade/ilegitimidade da experiência do adoecimento decorrentes da distinção entre doença somática e doença mental. Analisaremos o processo de busca de explicações reduzidas ao aspecto somático da doença como reação para torná-la digna de apoio dos pares sociais e como forma de evitar associações do quadro com o que seria considerado uma doença psicossomática.

Palavras-chave: Síndrome da fadiga crônica; sintomas físicos sem explicação médica; psicossomática.

CHRONIC FATIGUE SYNDROME: PRESENTATION AND CONTROVERSIES

ABSTRACT. Chronic Fatigue Syndrome has emerged in the end of 1980, in developed countries as United States, Canada and United Kingdom. We aim to present the chronic fatigue syndrome in the context of other functional syndromes. We intend to analyze its symptoms, and the remarkable absence of an anatomophysiological finding related to this condition. We will discuss, since the distinction between somatic and mental disease, the legitimacy/illegitimacy effects suffered by the chronic fatigue syndrome patient. We will analyze the patient reaction of searching for a somatic explanation to the disease, as a way to turn the chronic fatigue syndrome into a reliable condition, and as a way of avoiding associations with psychosomatic diseases.

Key words: Chronic fatigue syndrome; medically unexplained symptoms; psychosomatics.

EL SÍNDROME DE LA FATIGA CRÓNICA: PRESENTACIÓN Y CONTROVERSIAS

RESUMEN. Este artículo presenta el síndrome de la fatiga crónica que emerge finales de la década de 1980 en Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, en el contexto de otros síndromes funcionales. En el artículo serán analizados el cuadro clínico, los síntomas asociados a él y la dificultad flagrante de encontrar un substrato anátomo-fisiológico para tal condición. Discutiremos, a partir del ejemplo del síndrome de fatiga crónica los efectos de legitimidad/ilegitimidad de la experiencia del enfermar resultante de la distinción entre enfermedad somática y mental. Analizaremos el proceso de búsqueda de explicaciones reducidas al aspecto somático de la enfermedad con el objetivo de hacerla digna de apoyo por los pares sociales y como forma de evitar asociaciones del cuadro con lo que sería considerado una enfermedad psicossomática.

Palabras-clave: Síndrome de la fatiga crónica; síntomas físicos sin explicación médica; psicossomática.

Costuma-se chamar de fadiga ao resultado das mudanças temporárias em um organismo decorrentes de sua exaustão por esforço ou por repetição, tendendo esse estado a inibir a atividade desse organismo e a interferir na prestação de suas *performances* ou na redução de sua eficiência (Cason, 1935; Berrios, 1990). No entanto, esse sintoma traz consigo um alto nível de complexidade, que escapa a essa definição, embora aparentemente clara. Sua compreensão oscila entre uma abordagem puramente

objetiva, fisiológica, ligada à expressão de um declínio da atividade de um tecido, órgão ou função, e uma definição subjetiva ou mental, não ligada a um órgão, mas ao organismo integralmente.

A habilidade de exercer e manter a força muscular e a fatigabilidade podem ser medidas com métodos objetivos, representados por instrumentos e testes. No entanto, os relatos subjetivos da fadiga, ou o que Berrios (1990) denomina de sensações de fadiga (*feelings of fatigue*), têm relações malcompreendidas

* Psicóloga, Mestre em Psicologia. Doutora em Saúde Coletiva. Pós-doutoranda do Instituto de Medicina Social da UERJ.

com seus correspondentes objetivos, e não se observa uma ligação absoluta entre eles. Podemos permanecer muito mais dispostos, eficazes e resistentes se estamos diante de uma tarefa que nos desperta interesse. Um corredor de longa distância, por exemplo, ainda apresenta prontidão e persistência diante dos sinais de fadiga corporal que o consomem, movido pelo propósito de chegar ao fim da maratona. Já em casos como o da mania, a sensação de fadiga pode não ser experimentada, mesmo quando se esperaria que acontecesse. É ainda mais curioso notar que a fadiga muscular e a mental podem resultar em um temporário aumento da atividade, e não em sua diminuição (Myers, 1937). Todas essas condições nos permitem perceber que a relação entre os aspectos objetivos e subjetivos da fadiga não têm limites bem-definidos e que as sensações de fadiga não se restringem a déficits mensuráveis por instrumentos.

No que se refere à sua etiologia, outros questionamentos são necessários: nossas sensações de fadiga mental são uma mera decorrência da descarga de secreções endócrinas e hipotalâmicas? E se o são, o que desencadeia tais secreções? A fadiga é um epifenômeno de processos unicamente biológicos ou é o resultado de causas mentais conscientes e inconscientes? Ou se trata de uma mescla indiscernível de ambos?

Dada essa conjuntura de complexidade, não é sem motivo que a fadiga tem gerado e ainda gera entidades clínicas que são, na história da medicina, um lugar privilegiado de emergência de hipóteses etiológicas controversas. No ambiente novecentista esse quadro foi a neurastenia, inicialmente descrita pelo neurologista norte-americano George Beard [1839-1883]. Nos tempos atuais, seu exemplo mais emblemático é a síndrome da fadiga crônica (SFC), muito embora concorra com essa última uma série de outras síndromes que apresentam a fadiga como sintoma associado, tais como a fibromialgia e o *burnout*. Apresentaremos o caso da SFC tendo como objetivo debater especificamente algumas consequências e controvérsias que o paciente enfrenta em decorrência da ausência de substrato anatomofisiológico e lesional para justificar o quadro sintomatológico.

BREVE APRESENTAÇÃO DA SÍNDROME DA FADIGA CRÔNICA

A síndrome da fadiga crônica (SFC), categoria nosológica em voga desde 1980 e presente na CID-10 (G 93.3), tem sido comparada ao quadro novecentista da neurastenia, devido à semelhança com as

manifestações sintomáticas, como fadiga, sintomas gástricos, geniturinários e neuropsicológicos. Outro ponto em comum que leva os interessados nos transtornos ligados à fadiga a estabelecer relações entre a neurastenia e a SFC é a ausência, em ambos os casos, de um substrato anatomofisiológico ao qual se possa associar a causa das duas referidas condições. A falta desse substrato traz inúmeros desdobramentos para a legitimidade da SFC, principalmente no que se refere a ela ser considerada digna (ou não) de cuidado médico, no amparo dos seguros de saúde e no respeito ao paciente acometido pela síndrome.

CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DAS SÍNDROMES FUNCIONAIS

A SFC encontra-se situada no cenário mais abrangente das ditas síndromes funcionais, tais como a síndrome do cólon irritável, a fibromialgia, a síndrome pré-menstrual, a disfunção temporomandibular, a dor no peito não cardíaca (síndrome de Da Costa), as lesões por esforços repetitivos e a sensibilidade química múltipla (Manu, 2004; Wallace e Claun, 2005). Conforme indica Manu (2004), considerá-las funcionais significa dizer que são consideradas doenças físicas sem uma justificativa orgânica e sem uma demonstração de lesão na estrutura do organismo, tampouco de alterações bioquímicas estabelecidas. Além de comungarem o *status* de funcionais, apresentam uma série de sintomas sobrepostos, tais como fadiga, mialgias, perturbações gástricas, dificuldades de concentração, labilidade de humor, transtornos do sono e de ansiedade.

Como demonstram Barsky e Borus (1999), o termo síndrome funcional tem sido aplicado a diversas condições relacionadas entre si e caracterizadas mais por sintomas de sofrimento e incapacidade do que por anormalidades demonstráveis nos tecidos e na estrutura do organismo. Essas síndromes apresentam altas taxas de comorbidade entre si e entre categorias psiquiátricas ligadas aos transtornos do espectro histérico, do humor, de ansiedade e somatoformes. O clima ao redor delas inclui cobertura da mídia, desconfiança do meio médico, mobilização das partes interessadas, litígio entre advogados e planos de saúde. Os pacientes frequentemente constroem seus próprios diagnósticos a partir das informações culturalmente disponíveis e dos veículos midiáticos (Rosenberg, 2006; Dumit, 2006). Esses processos estão em pleno desenvolvimento no contexto norte-americano, mas também se apresentam no contexto brasileiro, embora em um nível menos flagrante.

Segundo Wessely (1989), a história da síndrome da fadiga crônica começou com a publicação, no início dos anos 80, de algumas séries de casos que descreviam uma doença com sintomas semelhantes aos efeitos retardados de uma infecção viral, manifestada por fadiga e outros sintomas, em grande parte subjetivos e aparentemente associados a evidências serológicas de infecções prolongadas pelo vírus Epstein-Barr (EB) – muito embora alguns estudos, como o de Gold et al. (1990), não tenham demonstrado correlação entre parâmetros serológicos da atividade desse vírus e a condição clínica em questão.

No que se refere à definição dos sintomas que caracterizam a síndrome, a definição mais aceita até hoje, também conhecida como definição internacional, é aquela ligada às pesquisas de Fukuda et al. (1994). O diagnóstico de SFC requer a presença de fadiga persistente ou recorrente com início definido e no mínimo quatro de oito queixas subjetivas específicas (prejuízo substancial na memória de curto prazo e na concentração, dor de garganta, sensibilidade nos linfonodos cervicais ou axilares, dor muscular, dor nas articulações sem evidência de artrite, dores de cabeça de tipo diferente - em relação ao padrão e à severidade - do que costumeiramente o paciente apresentava, sono não restaurador, mal-estar pós-exercício de duração maior que 24 horas). Os sintomas associados devem durar no mínimo seis meses. O início da SFC geralmente ocorre entre os 20 e os 40 anos de idade – embora qualquer grupo etário possa ser afetado - e o número de mulheres afetadas é ligeiramente maior que o de homens. Dowset e Colby (1997) assinalaram o aumento da síndrome em crianças, que apresentam um quadro clínico similar ao dos adultos. Diferentemente do que se pensava anteriormente, não há associação com *status* social, embora haja fortes indicações de aparecimento entre professores e profissionais da saúde.

De acordo com Joyce, Hotopf e Wessely (1997), frequentemente a doença segue um curso cíclico, alternando períodos de piora com outros de relativa saúde. Muitos pacientes avaliam que a severidade dos sintomas varia de um dia para o outro e por isso ajustam seu nível de atividade a essa instabilidade. A melhora varia de 12 a 18 meses, na proporção de 11 a 64%, e as taxas de piora nesse mesmo período alcançam de 15 a 20%. Ainda não há nenhum teste diagnóstico-patológico absoluto para a doença, por isso os sintomas continuam a ser a base do diagnóstico. É importante notar que a avaliação recomendada inclui uma série de medidas para exclusão de outros diagnósticos. No que se refere ao

tratamento, Bagnall, Whiting, Wright e Sowden (2002) ressaltam os benefícios da terapia cognitivo-comportamental e da terapia do exercício gradual (*graded exercise therapy* - GET). Outras estratégias terapêuticas são consideradas incertas e discutíveis, e envolvem o uso de agentes antivirais, analgésicos, ansiolíticos, antidepressivos, antagonistas do cálcio, suplementos de vitaminas e minerais.

Apesar de a síndrome da fadiga crônica ser um tema corrente de pesquisa em países como a Inglaterra, os Estados Unidos e o Canadá, no Brasil ainda não há dados epidemiológicos sobre ela, inclusive há uma falta de conhecimento dos próprios profissionais a respeito do quadro, como demonstraram Cho, Menezes, Chalder, Bhugra e Wessely (2008). Não obstante, diversas pesquisas relacionadas à fadiga crônica como sintoma têm sido publicadas recentemente (Cho & Wessely, 2007; Cho, Bhugra & Wessely, 2008). Esse grupo de pesquisadores tem se dedicado, por exemplo, à validação de um questionário para a mensuração da fadiga nos serviços de atenção primária brasileira (Cho et al., 2007), contribuindo para ampliação do que se conhece sobre a fadiga no campo da atenção primária à saúde brasileira.

FORMAS DE ILEGITIMIDADE DA SÍNDROME DA FADIGA CRÔNICA

A dificuldade em definir e diagnosticar a SFC a partir da presença de um substrato anatomofisiológico e a inexistência de um padrão biológico que se possa considerar o agente causador da doença provocam inúmeros debates e dilemas que dificultam a aceitação da doença entre os pares dos pacientes – familiares, amigos, colegas de trabalho, médicos - e planos de saúde.

Observa-se o *status* marginal da SFC, cujos efeitos incapacitantes possivelmente firam menos os pacientes do que a atitude cética, tanto dos leigos quanto dos médicos, no tocante à sua condição. O que vemos ocorrer é o mesmo que no caso mais geral das doenças sem etiologia somática específica: o ônus da responsabilidade pela doença recai severamente sobre o paciente, a quem cabe, por esforço próprio, reestabelecer-se de uma doença que está somente “na sua cabeça”.

Ware (1992) examina o desgaste dos pacientes em decorrência da ilegitimidade da experiência da síndrome da fadiga crônica. No caso da SFC, duas formas principais de menosprezo à experiência do paciente se tornam mais flagrantes, das quais a primeira diz respeito à aparência de insignificância

dos sintomas - já que grande parte das pessoas, de tempos em tempos, experimenta em algum momento sentimentos depressivos, dor de garganta e fadiga, e as manifestações da SFC são consideradas menores, ou conseqüências do dia a dia; a segunda é o fato de que, como não há evidência objetiva para a doença na forma de achados laboratoriais, a SFC é considerada psicossomática - o que é entendido, nesse caso, como sinônimo de imaginário ou inexistente.

No caso específico da SFC, os pacientes são colocados ora em posição de exagerados ora de fingidos. Em ambos os casos, a dúvida acerca de si mesmo e a ameaça do estigma, o isolamento social que disso resulta e a vergonha de não estar “realmente” doente contribuem para o sofrimento. Por conta disso os pacientes se veem desafiados a redescrever a versão que lhes oferecem sobre sua doença. A adesão à busca científica de evidências é uma conseqüência lógica desse processo, porque ela permite contestar a definição da SFC como uma doença ilegítima; porém essas saídas radicais e defensivas talvez pouco auxiliem na elaboração de uma abordagem satisfatória dos transtornos ligados à fadiga.

No caso da SFC, podemos destacar dois movimentos por parte dos pacientes, sobretudo no contexto norte-americano, em que as discussões sobre a doença ocorrem desde o fim da década de 1980: a adesão às hipóteses etiológicas ligadas a agentes biológicos definidos (vírus, sistema imunológico, cérebro) em detrimento das hipóteses psiquiátricas; e sua reunião em grupos para pesquisa e divulgação da síndrome, com notável adesão às explicações reduzidas ao somático.

Como demonstram Prins, Meer e Bleijenbergh (2006), mais da metade dos estudos sobre a doença entre 1980 e 1995 concentraram-se exclusivamente na etiologia física da SFC, com um direcionamento pouco enfático para a pesquisa de fatores psicológicos e psiquiátricos nos anos que se seguiram a esses. As explicações para a fadiga foram procuradas, por exemplo, nas infecções virais, no sistema imunológico, nas respostas neuroendócrinas, nas disfunções do sistema nervoso nos padrões de sono, nos padrões de ativação cerebral. Embora muitos estudos tenham apontado irregularidades nos padrões investigados, poucos as encontravam em um número significativo de pacientes e eram confirmados por estudos controlados.

A hipótese ligada às condições psiquiátricas em comorbidade com a SFC são as menos apoiadas pelos pacientes, não recebendo os fundos de pesquisa de suas associações. Tais pesquisas têm apontado que o

transtorno de ansiedade generalizada e os transtornos somatoformes aparecem em taxas aumentadas nos pacientes de SFC, se comparados com a população geral, de acordo com os estudos de Fischler, Cluydts, Gucht, Kaufman e Meirleir (1997) e Kruesi, Dale e Straus (1989).

A luta pelas hipóteses etiológicas reduzidas ao somático também aparece nos sítios de apoio aos pacientes na internet (*The CFIDS Association of América, The National CFIDS Foundation Trans-NIH Working Group for Research on Chronic Fatigue Syndrome, Support ME*)¹, cujo foco é a discussão das implicações de que a doença seja rotulada como um transtorno orgânico ou psiquiátrico. O amparo biológico da doença é, declaradamente, uma luta mirada pelos pacientes, pois se supõe que a causa biológica resolveria a falta de seriedade com que são tratados socialmente e a falta de amparo legal para a obtenção de benefícios relativos ao auxílio-doença, como a aposentadoria por invalidez e outros.

Diante desse panorama, os pacientes se tornaram ativistas e o clima em torno da questão é permeado por uma atmosfera e uma retórica de batalha entre adversários. Os estudos de Wessely e Hotopf e Sharpe (1998) demonstram que tais grupos estão ligados, sobretudo, a uma retórica antissaúde mental e antipsicogênese, e a uma falta de tolerância a conceituações e estratégias de enfrentamento que não estejam de acordo com as hipóteses biológicas.

DOENÇA MENTAL X DOENÇA SOMÁTICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Para Ware (1992), os sentidos oferecidos na cultura ocidental ao longo do séc. XX para doenças mentais e físicas sugerem que as primeiras são entendidas como de responsabilidade do sofredor - e nesse contexto, o termo psicossomático se encontra permeado de um sentido de ilegitimidade à experiência do adoecimento. A desautorização da experiência da doença conduz ao sofrimento e ao estigma, já que a causa dos sintomas é hipoteticamente atribuída à depressão, estresse ou alguma outra forma de transtorno psicológico, ou mesmo fingimento, exagero ou falta de autocontrole do paciente. Shorter (1992) ressalta que interpretamos os sinais às vezes disparatados que o corpo nos envia como evidência de certas doenças e não de outras, sendo os sintomas preferenciais aqueles que se enquadram no panorama

¹ Os sites são, respectivamente: <http://www.cfids.org/>, <http://orwh.od.nih.gov/cfs/cfsReportsFeb00.html> e <http://www.supportme.co.uk/index2.htm>.

médico do momento histórico vigente. Além de estar culturalmente disponível, a doença “escolhida” depende das representações acerca do que é uma enfermidade legítima, já que ninguém deseja padecer de sintomas ilegítimos.

Em um contexto mais geral, analisando-se o *status* hierarquicamente inferior das moléstias sem origem orgânica clara, faz-se interessante retomar o argumento de Grecco (1993), para quem a doença somática se diferenciou da da mente pela irrelevância da dimensão volicional na compreensão da primeira e pela centralidade desse entendimento na segunda. Disso decorre que as doenças sem substrato anatomofisiológico ou evidência lesional são compreendidas como um problema moral, como algo que diz respeito à falta de autocontrole do sofredor.

Kirmayer (1988) também discutiu as implicações morais e sociais de um diagnóstico de doença sem substrato orgânico definido, o que nos auxilia a compreender também o caso da SFC. No caso das doenças com substratos patológicos evidentes, há um distanciamento entre o corpo e o eu, ficando o indivíduo isento de qualquer responsabilidade pela doença. No caso da doença sem substrato anatomofisiológico, ela é rapidamente considerada mental ou emocional, o que significa relacioná-la a uma fraqueza da vontade e da intenção, um lapso de autocontrole, e no limite, uma falta do indivíduo. Diagnósticos que envolvam a ausência de traços somáticos levam à pressuposição da psicogênese e partilham esse *status* estigmatizante da fraqueza da vontade de melhorar ou de superar a condição de doente.

A análise de Kirmayer é endossada pelos comentários de Rosemberg (2006), para quem, na medida em que as definições de doença foram se tornando mais dependentes de sinais aparentemente objetivos (instrumentos de medida das funções fisiológicas, achados laboratoriais, resultados de estudos de imagem), as moléstias que não podem ser facilmente associadas com esses achados são naturalmente segregadas a um *status* inferior, e acabam se situando no espaço entre doença e autocondescendência.

Outro ponto destacado por Grecco (1993) é a emergência, na segunda metade do séc. XIX, de práticas de seguro e indenização relacionadas aos perigos do trabalho e da indústria, o que traz como decorrência que a doença possa constituir uma oportunidade de deserção moralmente disfarçada e impune do trabalho. Decorre disso que o conceito de doença centrado no mecanismo biológico torna-se um princípio de realidade com base no qual é possível

discriminar entre uma necessidade genuína de cuidado e uma demanda injustificada.

Quando uma percepção de necessidade de cuidado médico não é corroborada pelo diagnóstico baseado na evidência fisiológica, tanto o sentimento do paciente quanto a demanda pelo serviço de saúde são vistos como abuso ou como queixas enganosas, e são frequentemente relacionados à hipocondria, ao fingimento e ao exagero. Esses transtornos direta ou indiretamente relacionados ao campo do sofrimento mental e mal-estar são considerados, como afirmam Camargo, Guedes e Nogueira (2006), uma anomalia da biomedicina, por serem pouco enquadráveis nos diagnósticos baseados em lesões ou anormalidades encontradas por instrumentos objetivos. Como relembram os autores, a imersão da prática médica no interior do modelo das ciências naturais passou pela naturalização e objetificação de seus temas, excluindo os traços de subjetividade do paciente e construindo generalidades. O que os autores assinalam é que esse processo termina por fragmentar também o paciente em seus sintomas objetivos (em geral, os que se adaptam ao modelo esperado das doenças) e sintomas subjetivos (menosprezados em sua importância clínica).

Dos processos acima mencionados decorre que o *status* hierarquicamente inferior ao qual é associada toda manifestação mental das doenças acaba por promover uma equação entre psicogênese e lassidão moral. Ora, esse fato contribui diretamente para a perpetuação de uma visão biologicamente orientada da SFC, e diríamos que, de forma geral, também para as outras síndromes e para os quadros incluídos no que outrora seria considerado próprio ao campo psicossomático² e hoje se incluíram em outras alcunhas, como sintomas sem explicação médica ou transtornos somatoformes. O principal desdobramento

² O termo doença psicossomática é fonte de controvérsias desde seu surgimento, e muitas vezes é confundido com outros conceitos como o de conversão, somatização, transtorno somatoforme, sintomas sem explicação médica e com as síndromes funcionais. A definição de Kaplan e Sadock (1999) é que as doenças psicossomáticas se referem a patologias, com lesão ou substrato orgânico identificado, em que a etiologia ou fator de risco apresenta componente psicológico flagrante, como a asma, a hipertensão arterial, o vitiligo, dentre outras. Apesar das diferenças entre os conceitos mencionados há um ponto comum entre eles: os desdobramentos no campo da legitimidade/ilegitimidade de condições clínicas cuja etiologia está diretamente relacionada a fatores psicogênicos ou não está claramente associada a um fator orgânico. Diagnósticos que envolvam a pressuposição da psicogênese ou aos quais falte uma etiologia orgânica levam consigo esse *status* estigmatizante pela sua associação à falta de autocontrole do indivíduo.

das doenças sem substrato anatomofisiológico ou lesional é, como já mostrou Young (2000), que o paciente se percebe e é percebido como um pseudosofredor.

AMPLIANDO A VISÃO DA SÍNDROME DA FADIGA CRÔNICA

Creemos que essa visão restrita aos aspectos biológicos, no caso da SFC, é simplista, na medida em que ela ignora aspectos mais amplos da SFC, que é o sentido psicossocial do sintoma da fadiga. Ware e Kleinman (1992) têm procurado compreendê-los observando não somente as alterações fisiológicas no corpo do doente, mas também as mudanças no sentido de sucesso profissional que tomaram lugar nos EUA a partir dos anos de 1970, principalmente na vida feminina. Nessa década, o modelo de sucesso passou a combinar uma família feliz com uma carreira em ascensão, implicando uma série de fatores tais como eficiência e realização profissional no trabalho, paciência e cuidado com os parentes em casa, feminilidade nos relacionamentos íntimos. Já nos anos de 1980, o padrão de sucesso se altera em alguma medida. Dentro da geração do *baby boom*, as mulheres passaram a trabalhar mais e melhor do que as gerações anteriores para obter empregos em um mercado de trabalho competitivo. Longas jornadas de trabalho, responsabilidades múltiplas e produtividade alta eram a norma. A fadiga era emblemática da experiência social dessas pessoas, compatível com uma vida excessivamente comprometida, cuja motivação nem sempre era diretamente proporcional ao grau de comprometimento. Esse é um exemplo do esforço de alguns autores para contextualizar a emergência da SFC em um panorama mais abrangente que apenas os mecanismos biológicos que lhe sirvam de causa geradora - o que cremos que, no caso da condição em questão, seja bastante pertinente.

Em face desse quadro, Wessely et al. (1998) apontam que é plausível e justificado que explicações físicas protejam o paciente da ameaça a seus sistemas de referências. Responsabilizar uma causa física pelo sintoma permite a preservação da autoimagem como indivíduos responsáveis e hábeis para lidar com a adversidade. Esse tipo de adesão ganha sentido em um contexto social mais abrangente, que endossa essa forma de compreensão.

CONCLUSÕES

O caso da síndrome da fadiga crônica e os efeitos de ilegitimidade que os pacientes enfrentam por se

confrontarem com a pouca objetividade médica de sua condição nos ajuda a pensar uma problemática ampla, que é a do lugar destinado a doenças sem etiologia orgânica definida, entre leigos e profissionais da saúde. Esse não é um problema menor se levarmos em consideração a marcante presença de sintomas sem explicação médica na população geral, conforme nos indicam Tófoli (2004) e Fortes (2004), o que nos conduz à necessidade de revisar os modos como o velho problema das doenças *sine materia* tem sido abordado no campo da saúde.

Por isso, entre outras contribuições, a fadiga e seus transtornos apontam alguns limites das explicações reduzidas ao seu aspecto objetivo, levando-nos à necessidade de construir uma visão mais ampla e integral para a abordagem dessa e de outras síndromes presentes no cenário contemporâneo de manifestações de sofrimento físico-mental. No limite, são as próprias definições de orgânico/psicogênico, saúde/doença, atividade voluntária/involuntária que a experiência da fadiga nos leva a colocar em xeque. Essas formas de adoecimento, das quais a síndrome da fadiga crônica é um exemplo, impõem ao paradigma biomédico a necessidade de discutir os modelos etiológicos vigentes, suas hipóteses causais, seus mecanismos para determinação do curso e evolução dos sintomas e, no limite, de propor novos modelos conceituais para esses fenômenos híbridos, nas fronteiras indecidíveis entre corpo e mente.

REFERÊNCIAS

- Bagnall, A. M., Whiting, P., Wright, K. & Sowden, A. (2002). NHS Centre for reviews and dissemination. *The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children*, York: University of York.
- Barsky, A. & Borus, J. (1999). *Functional somatic syndromes*. *Annals of internal medicine*, 130, 910-21.
- Berrios, G. E. (1990). Feelings of fatigue and Psychopathology: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 140-151
- Camargo, K. R., Guedes, C. R. & Nogueira, M. I. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103.
- Cason, H. (1935). The Organic Nature of Fatigue. *The American Journal of Psychology*, 47(2), 337-342.
- Cho, H. J. & Wessely, S. (2007). The prevalence and associations of unexplained chronic fatigue in Brazilian primary care. *Primary care and community psychiatry*, 12(2), 81-87.
- Cho, H. J., Costa, E., Menezes, P. R., Chaldera, T., Buhgra, D. & Wessely, S. (2007). Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 301-4.

- Cho, H. J., Menezes, P., Chalder, T., Bhugra, D. & Wessely, S. (2008). The awareness of chronic fatigue syndrome: a comparative study in Brazil and the United Kingdom. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 351-355.
- Cho, H.J, Bhugra, D. & Wessely, S. (2008). "Psychical or psychological" – a comparative study of causal attribution for chronic fatigue in Brazilian and British primary care patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 118, 34-41.
- Dowset, E. G. & Colby, J. (1997). Long term sickness absence due to ME/CFS in UK schools: an epidemiological study with medical and educational implications. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 3, 29-42.
- Dumit, J. (2006): *Illness You Have to Fight to Get: Facts and Forces in Uncertain, Emergent Illnesses*, *Social Science and Medicine* 62(3), 577-590.
- Fischler, B., Cluydts, R., Gucht, Y., Kaufman, L. & Meirleir, K. (1997). Generalized anxiety disorder in Chronic Fatigue Syndrome (CFS). *Acta Psychiatrica Scandinava*. 95(5), 405-413.
- Fortes, S. (2004). *Transtornos Mentais em Unidades de Atenção Primária: suas formas de apresentação. Perfil Nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Fukuda, K., Straus, S., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G. & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121(12), 953-959.
- Grecco, M. (1993). Psychosomatic subjects and the "duty to be well": personal agency within medical rationality. *Economy and Society*, 22(3), 357-372.
- Gold, D., Bowden, R., Sixbey, J., Riggs, R., Katon, W. J., Ashley, R., Obrigewitch, R. M. & Corey, L. (1990). Chronic Fatigue. A prospective clinical and virologic study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 48-53.
- Joyce, J., Hotopf, M. & Wessely, S. (1997). The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Quarterly Journal of Medicine*, 90, 223-233.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. Vol 2. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kirmayer, L. (1988). Mind and Body as metaphors: hidden values in biomedicine. In M. Lock; & D. Gordon (org), *Biomedicine examined*. Dordrecht/ Boston/ London: Kluwer Academic Publishers. (pp.57-94).
- Kruesi, M. J. P., Dale, J. & Straus, S. E. (1989). Psychiatric diagnoses in patients who have chronic fatigue syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50(2), 53-56.
- Manu, P. (2004). *The psychopathology of functional somatic syndromes*. Neurobiology and illness behavior in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, gulf war illness, irritable bowel, and premenstrual dysphoria. New York, The Haworth Medical Press.
- Myers, C.S. (1937). Conceptions of Mental Fatigue. *The American Journal of Psychology*, 50(1/4), 296-306.
- Prins, J., Meer, J. & Bleijenberg, G. van der (2006). Chronic fatigue syndrome. *The Lancet*, 367(28).
- Rosenberg, C. (2006). Contested boundaries. Psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407-24.
- Shorter, E. (1992). *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: The Free Press.
- Tófoli, L. F. F. (2004) *Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós graduação da Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Young, A. (2000). History, history and psychiatric styles of reasoning. In M. Lock; A. Young & A. Cambrosio (org), *Living and working with the new medical technologies*. Intersections of Inquiry. (pp 135-162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wallace, D. & Claun, D. (2005). *Fibromyalgia and other central pain syndromes*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Ware, N. (1992). Suffering and the social construction of illness: the delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(4), 347-361.
- Ware, N. & Kleinman, A. (1992). Culture and Somatic Experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 54, 546-560.
- Wessely, S. (1989). Neurasthenia and fatigue syndromes. Clinical Section. In G. Berrios & R. Porter (org), *A history of clinical Psychiatry*. The origins and history of psychiatry disorders. (pp. 509-532). Athlone: Londres.
- Wessely, S., Hotopf, M. & Sharpe, M. (1998). *Chronic Fatigue Syndrome and its syndromes*. New York: Oxford University Press.

Recebido em 04/03/2009

Aceito em 07/09/2009

Endereço para correspondência : Rafaela Teixeira Zorzaneli. Instituto de Medicina Social-UERJ. Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, blocos D e E, Maracanã, CEP 20550-900, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: rtzorzaneli@yahoo.com.br.

