



A velhice, entre o normal e o patológico

Old age, normality versus pathology

Daniel Groisman

Psicólogo, doutorando em saúde coletiva (Instituto de Medicina Social, UERJ), pesquisador associado ao Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CDA-IPUB/UFRJ)
dgrois@pobox.com

GROISMAN, D.: 'A velhice, entre o normal e o patológico'.
História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):61-78, jan.-abr. 2002.

Com a ascensão do envelhecimento da população brasileira ao posto de 'problema social', assistimos a um crescimento cada vez maior do número de especialistas dedicados a este 'grupo etário': os geriatras e gerontólogos, que ocupam papel de destaque na formulação das novas formas de gestão da velhice. No entanto, a gerontologia parece ter problemas internos na sua formulação como campo de saber, que parecem comprometer sua consolidação como profissão e seu reconhecimento como disciplina científica. No presente artigo, procuramos chamar atenção para as dificuldades que a gerontologia encontra para delimitar seu campo e definir seu objeto. Sustentamos que tais dificuldades parecem derivar de uma questão central, que é a impossibilidade de serem delimitadas as fronteiras entre o normal e o patológico, na velhice. Por fim, analisamos a questão sob um ponto de vista histórico, à luz do processo de constituição do saber médico sobre o envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: velhice, gerontologia crítica, história da velhice, antropologia do envelhecimento, geriatria, história da medicina.

GROISMAN, D.: 'Old age, normality versus pathology'.
História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):61-78, Jan.-Apr. 2002.

Since life expectancy of Brazilian population increased and aging was considered a "social problem", there has been a boom of specialists in old age. Gerontologists and geriatricians are now playing a relevant role in setting new trends to the management of issues related to old age. However, gerontology as a field of knowledge seems to have internal questions that apparently hinder its professional consolidation and its scientific recognition. In this article, the author focus the difficulties gerontology has in order to delimitate its field of action and to define the object of its studies. The author argues that such difficulties derive from a central point: the impossibility to delimitate the frontiers between what is normal and what is pathological in old age. He also analyzes the constitution of medical knowledge on aging in a historical perspective.

KEYWORDS: old age, gerontology, history of old age, anthropology of aging.

*“A maioria dos homens morre de doenças; muito poucos morrem de velhice, propriamente dita.”
Flourens (apud Canguilhem)*

*“Um velho saudável não é apenas uma ficção de poeta.”
Canguilhem*

O clima, em Brasília, parecia estar mais seco do que o usual, naquela manhã de quinta-feira. Já no desembarque do aeroporto, chamavam atenção os recepcionistas portando cartazes, esperando os convidados ilustres do congresso. Meu nome, evidentemente, não constava em qualquer desses cartazes, mas consegui carona em uma das vans que serviam ao evento. No caminho, o motorista comentou que o congresso estava muito movimentado: “Até a Rede Globo está lá.”

O Brasil parece ter definitivamente ‘descoberto’ a velhice. Depois do Ano Nacional do Idoso, em 1999, ganhou destaque o mais recente congresso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), realizado na capital do país, em junho de 2000. O título, interessante, mas sem uma correspondência real com a programação oferecida, parecia inscrever-se nesse ‘modismo’ do novo milênio: Século XXI — Envelhecimento, Tecnologia e Ética.

Ano após ano, um número cada vez maior de participantes inscreve-se no evento. O Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia parece simbolizar a importância que o envelhecimento ganhou em nossa sociedade. Convertida em matéria de interesse público, a velhice vem sendo cada vez mais tematizada pela mídia, que abre espaço para um crescente número de especialistas e de serviços voltados para essa ‘faixa etária’. A ‘terceira idade’ torna-se uma espécie de moda, com a constituição de um mercado de consumo específico. No centro de todo esse movimento, destaca-se a própria gerontologia, como porta-voz oficial dos novos discursos sobre a velhice.

A programação do congresso da SBGG abrangia uma variedade de temas: da previdência social às novas drogas para depressão; da biologia do envelhecimento à sexualidade na terceira idade; da violência contra o idoso aos efeitos do consumo de vinho para a longevidade; da osteoporose à tanatologia. De fato, a gerontologia parece ter a pretensão de abarcar ‘tudo’ o que diga respeito a seu objeto — o ‘idoso’. Sob o pretexto de uma abordagem ‘holística’ ou ‘biopsicosocial’, a ciência do envelhecimento parece ter como projeto algo sem precedente no campo das ciências biomédicas ou do comportamento humano: uma perfeita integração interdisciplinar.

Ao perambular pelo congresso, passando pelos estandes dos laboratórios, assistindo às mesas-redondas sobre ‘envelhecimento bem-sucedido’ e assuntos congêneres, uma estranha sensação assaltava-me: a de que algo parecia estar errado naquele ‘éden

geriátrico'. Particularmente, eu não havia ido à Brasília para me tornar um 'gerontólogo' e partilhar da forma como a velhice era tratada no congresso. Minha viagem, na realidade, tinha um propósito diferente do da maioria dos congressistas. Meu olhar voltava-se para entender o próprio congresso, ou, mais especificamente, as disciplinas que lhe davam base, a geriatria e a gerontologia. Afinal, o que são a geriatria e a gerontologia? São realmente 'ciências do envelhecimento'?

Neste trabalho, procurarei explorar a idéia de que a geriatria e a gerontologia possuem uma dificuldade quase intransponível para se estabelecerem como disciplinas. Isso parece derivar de uma questão central, que é a impossibilidade de se delimitarem claramente as fronteiras entre o normal e o patológico na velhice.

Geriatría e gerontologia: o que são, afinal?

Em artigo publicado no conceituado *The Gerontologist*, Achenbaum *et al.* (1989) propõem-se a fazer um levantamento das diversas definições dadas para o termo 'gerontologia' na literatura médica internacional. Contrariando a expectativa levantada pelo artigo, os autores admitem que ainda não surgiu uma definição comum para o termo, nem uma delimitação de suas fronteiras como ciência do envelhecimento. Indo além, afirmam que nenhuma definição poderia, por si, eliminar toda a controvérsia e a incerteza sobre as questões da base teórica da gerontologia. Os significados do termo parecem permanecer flutuantes há mais de cinquenta anos, e, nesse período de tempo, a disciplina teria apenas alcançado uma aspiração de unificação teórica e uma demarcação discreta de seu escopo epistemológico.

Como afirmam os autores, a gerontologia seria "um termo técnico ironicamente desprovido de especificidade, descansando sobre teorias do envelhecimento ... que ainda permanecem confusas". Ao final do artigo, os autores concluem, com certa ironia, que talvez a definição mais apropriada seja uma que foi publicada em uma cartilha do National Institute of Aging (EUA), em 1986, e que diz simplesmente o seguinte: "(gerontologia é) o estudo do envelhecimento sob uma perspectiva ampla".

No Brasil, os gerontólogos parecem ter também uma certa dificuldade em escrever sobre si mesmos. No volumoso *Gerontologia*, tratado com mais de quinhentas páginas organizado por Papaléo Netto (1996), não há um capítulo sequer dedicado à análise e à definição da disciplina que dá título ao livro. Buscando outras referências, encontramos algumas definições, que curiosamente tendem a ser superficiais.

Segundo Jordão Netto (1997, p. 33), "a gerontologia, no seu todo, é o conjunto de conhecimentos científicos aplicados ao estudo do envelhecimento humano, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais". Ela se dividiria em duas subáreas: a geriatria e a gerontologia

social. A geriatria seria o ramo da medicina que visa tratar as doenças associadas ao processo de envelhecimento. Já a gerontologia social incorporaria uma série de disciplinas, tais como a psicologia, o serviço social, o direito, a nutrição e outras, para o estudo do envelhecimento. A gerontologia social, complementa o autor, também seria conhecida apenas como gerontologia — o que pode dar margem a uma pequena confusão entre os termos.

O modelo simplificado proposto por Jordão Netto, na verdade, parece ser comumente utilizado no Brasil. No entanto, ele parece derivar mais das identidades profissionais do que das especificidades teóricas do campo: a distinção, no caso, passa a ser entre os ‘geriатras’ e os ‘gerontólogos’. Isso porque, de acordo com a regulamentação do setor, somente os médicos podem se tornar geriатras, enquanto todos os outros profissionais podem ser gerontólogos. Além disso, há ramos da gerontologia que parecem não se encaixar nesse modelo, como a biologia do envelhecimento, por exemplo.

A preferência pela identidade profissional pode ser encontrada também na formulação — como o nome indica — da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Em Brasília, a programação do congresso parecia estar demarcada de acordo com essa divisão: parte da programação era destinada aos geriатras e outra parte, aos gerontólogos. É bom frisar, no entanto, que nem sempre essa pureza parecia ser mantida pelo auditório. Além disso, havia geriатras abordando assuntos ‘gerontológicos’, em algumas das mesas a que assisti.

A separação entre as duas subáreas, portanto, parece espelhar um jogo de forças. Colocando em segundo plano a denominação genérica ‘gerontologia’, os médicos parecem querer reafirmar o seu poder frente aos outros profissionais da área de saúde. De fato, fica óbvio que há um desequilíbrio entre as forças, pois a programação do congresso estava majoritariamente voltada para os assuntos relacionados à ‘saúde do idoso’. Assim, embora a gerontologia, em tese, abranja um espectro amplo, na prática parecem ser privilegiados os assuntos da área de saúde, seja estritamente os da área médica ou os da biomédica, em um sentido geral. Esse fenômeno tem sido chamado de ‘biomedicalização da velhice’ (Estes *et al.*, 1991). Uma volta pelo *lobby* do congresso da SBGG, no qual se localizavam os estandes de laboratórios, com suas belas atendentes e sua farta distribuição de brindes, logo denunciava quem de fato dá as cartas no campo da gerontologia.

A questão das identidades profissionais ainda parece esbarrar em um outro tipo de conflito, que é a coexistência da gerontologia com as diversas disciplinas já estabelecidas e que de alguma forma foram utilizadas para compor o seu corpo de saber. Sobre isso, Martins de Sá (1999, p. 224) pergunta-se: “quando um psicólogo-gerontólogo, por exemplo, atua no campo do envelhecimento, a quem de fato corresponde o processo de intervenção — à psicologia

ou à gerontologia? ... Existem de fato uma teoria e uma metodologia próprias da gerontologia?”

Continuando com sua argumentação, a autora ‘lamenta’ o fato de a gerontologia ser considerada uma mera especialização, e não uma profissão, pois não existe, no Brasil, curso de graduação em gerontologia/geriatria, nem tampouco uma profissão reconhecida legalmente. Para ela, a gerontologia não seria uma ciência formal, mas uma ‘ciência técnica’, com um campo específico de aplicações, assim como a medicina e a engenharia, por exemplo. O conceito de ‘ciência técnica’, explica Martins de Sá, está associado a uma intencionalidade de intervenção sobre o objeto — no caso, o envelhecimento —, em detrimento da pura busca de conhecimento. Desse modo, a gerontologia teria uma ‘natureza interventiva’.

A face ‘interventiva’ da gerontologia justificar-se-ia pelo fato de ela ter uma ‘razão de ser’, vinculada a “questões sociais expressivas” (idem, *ibidem*, p. 226), tais como a necessidade da luta e conquista dos direitos fundamentais dos idosos. A idéia da gerontologia como mecanismo de intervenção é ressaltada por outros autores, embora em um sentido ligeiramente diferente daquele utilizado por Martins de Sá. Ao propor uma ‘gerontologia crítica’, Moody (1993) sugere que relativizemos o discurso ‘clássico’ da gerontologia, que prega que a pesquisa, a prática e a política trabalhem juntas para o benefício do idoso. Uma expressão dessa corrente ‘tradicional’ encontra-se em *Why survive?*, de Butler (1975), no qual o autor celebra a gerontologia como a união entre a advocacia e a ciência (*apud* Moody, *op. cit.*). Para Moody, é preciso fazer uma abordagem crítica do discurso gerontológico, pois a natureza interventiva da gerontologia estaria relacionada a uma estratégia de controle social sobre seu objeto.

Do ponto de vista epistemológico, podemos dizer que a gerontologia vai mal. Mas isso não parece ser um grande empecilho para a ampliação do campo, hoje em dia, pois do ponto de vista do mercado de trabalho, os gerontólogos nunca estiveram tão bem. Também para Debert (1999, p. 31), a gerontologia é uma disciplina que soube combinar o conhecimento científico com a defesa da população estudada. Entretanto, ela talvez tenha levado isso às últimas conseqüências, tornando-se uma ativa produtora das “formas de gestão da velhice”. Segundo a autora, no processo de legitimação do seu campo de saber, o discurso gerontológico teria atuado no sentido de transformar o envelhecimento em um ‘problema social’.

Nesse sentido, algumas características seriam recorrentes no discurso dos gerontólogos brasileiros, que estariam empenhados em transformar a velhice em uma questão política. Na base dessa argumentação estão os dados da demografia que indicam o grande crescimento do número de idosos, na população. Como agravante do ‘problema’ surge a idéia de que a sociedade moderna e capitalista ‘discriminaria’ os idosos, por não estarem mais inseridos na cadeia

de produção. Desse modo, a gerontologia surgiria como defensora dessa ‘minoría etária’, ditando os rumos de ações políticas e institucionais para a assistência ao idoso.

Os problemas internos da gerontologia não parecem ameaçar seriamente sua capacidade de se legitimar como campo de saber e intervenção sobre a velhice. Entretanto, não deixa de ser curioso que ela também não consiga definir seu objeto — a velhice. Da mesma forma como são vagas as suas autodefinições, são estranhamente imprecisas as definições do que seria exatamente o envelhecimento. Afinal, o que é a velhice? Quando se torna necessária a assistência de um geriatra ou de um gerontólogo?

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é descrito como um estágio de degeneração do organismo, que se iniciaria após o período reprodutivo. Essa deterioração, que estaria associada à passagem do tempo, implicaria uma diminuição da capacidade do organismo para sobreviver (Masoro, 1999). Entretanto, o problema começa quando se tenta marcar o início desse processo, ou medir o grau desse envelhecimento/degeneração.

Por mais incrível que possa parecer, o critério mais comumente utilizado para a definição do envelhecimento — o cronológico (a idade) — é apontado como falho e arbitrário. Isso porque o envelhecimento seria vivenciado de forma heterogênea pela população. Pessoas da mesma idade cronológica poderiam estar em estágios completamente distintos de envelhecimento. Além disso, o próprio organismo de um indivíduo ‘envelheceria’ de maneira diferente entre os seus tecidos, ossos, órgãos, nervos e células. Masoro (op. cit., p. 1) chama esse fenômeno de um ‘quebra-cabeças biológico’, expressão que intitula o primeiro capítulo de seu livro.

Desse modo, o que podemos salientar é que o envelhecimento não parece ser definido pela idade de uma pessoa, mas pelos efeitos que essa idade teria causado a seu organismo. Várias tentativas foram feitas, explica Masoro, de se encontrarem marcadores biológicos — como o tempo de reação do indivíduo a estímulos, por exemplo, ou a sua capacidade máxima de encher os pulmões de ar — que indiquem a ‘idade real’ de uma pessoa. Mas nenhum deles mostrou-se válido para demonstrar, sozinho, a idade biológica.

Alguns pesquisadores, reconhecendo o problema, passaram a tentar desenvolver modelos matemáticos que integrassem diversos marcadores biológicos que tentariam calcular a expectativa de vida do indivíduo, para avaliar sua ‘idade real’. Mas as pesquisas feitas indicaram severas limitações nos modelos propostos, sobretudo quando aplicados a estudos longitudinais. Para Bookstein *et al.* (1993), tais tentativas não passariam de ‘falácias biométricas’.

Em um artigo no qual defendem a incorporação do método científico à gerontologia, esses dois autores abordam justamente a dificuldade de se medir o envelhecimento das pessoas. “Propriamente falando”, dizem

eles, “nem a idade e nem o envelhecimento são observáveis, eles são estimados por uma consideração conjunta de todas as suas conseqüências” (p. 28). Um dos pontos de complexidade do processo de envelhecimento é o fato de que ele começaria muito antes de ser notado. Alguns subsistemas fisiológicos deteriorariam lentamente ao longo dos anos, sem que isso seja percebido. “Em algumas instâncias, desde o nascimento”, afirmam os autores.

Sobre a percepção do envelhecimento, Masoro (op. cit., p.1, grifo do autor) fornece-nos também um emblemático exemplo: “a perda de tecido ósseo, durante a quarta década da vida humana, é um exemplo de senescência, mas uma mulher de quarenta anos de idade jamais *seria considerada* senil, mesmo em relação aos seus ossos”. As modernas teorias tentam pensar o envelhecimento no nível celular, sobretudo para explicar os mecanismos que o causariam. Mas não haveria relação de continuidade entre o envelhecimento celular e o estado fisiológico geral de todo organismo.

Para Bookstein *et al.*, a solução definitiva para se medir o envelhecimento seria a criação de uma ‘idade gerontológica’, que levaria em conta diversas escalas de variáveis com tratamento estatístico apropriado. As variáveis mais objetivas, como o peso, por exemplo, teriam um peso maior, enquanto as mais subjetivas, como o nível cognitivo, teriam um peso menor. A idade gerontológica levaria em consideração os fatores fisiológicos, juntamente com os psicológicos, explicam os autores. Com o uso apropriado dos processos científicos de medição, crêem esses autores que a gerontologia poderia superar as suas dificuldades para a definição do envelhecimento. Será mesmo? Ou será que eles estariam confundindo a norma com a média, como assinala Canguilhem (1978)?

Mas os enormes esforços para se medir exatamente o grau de envelhecimento de uma pessoa parecem derivar de uma outra dificuldade da gerontologia: o desafio de estabelecer as fronteiras entre a saúde e a doença, na velhice. Canguilhem adverte-nos que talvez a nossa sociedade tenda a confundir saúde com juventude. No caso da velhice, há indícios de que vivemos uma grande contradição: por um lado, ela parece ter sido concebida como uma espécie de doença, pois é medida justamente pelo grau de degeneração que causou ao organismo.

Por outro lado, a geriatria e a gerontologia parecem estar a todo momento denegando esse aspecto, afirmando que o envelhecimento seria uma fase normal da vida. Nesse sentido, a grande função dessas ciências seria justamente identificar e combater as patologias que ocorressem na velhice (e não a própria velhice), para prolongar a vida humana. Mas para que isso fosse possível, elas deveriam conseguir estabelecer as normas do que seria saudável em cada estágio da vida do indivíduo. Daí o ambicioso projeto de se medir a ‘idade real’. A idade, no caso, seria também uma medida da ‘saúde’ do indivíduo, uma quantificação do que ainda lhe restaria de vida.

Uma rápida conferida no índice remissivo do detalhadíssimo trabalho de Masoro sobre a biologia do envelhecimento revela-nos que a palavra ‘saúde’ simplesmente não consta do livro. O mesmo ocorre com o volumoso *Gerontologia*, organizado por Papaléo Netto (op. cit.). Quais seriam, portanto, as fronteiras entre o normal e o patológico, na velhice?

As origens do problema

A história da gerontologia e da geriatria confundem-se, de certa forma, pois o estabelecimento de uma especialidade médica para a velhice precedeu o seu desdobramento em área multidisciplinar. Obviamente, a história da gerontologia é mais difícil de ser traçada, pela amplitude do campo. Desse modo, para que melhor possamos desenvolver a nossa argumentação, iremos privilegiar a história da geriatria.

Em um de seus artigos, a historiadora Carole Haber (1986) pergunta-se por que, a despeito da geriatria ter sido criada no início do século XX, ela teria permanecido com um número tão pequeno de especialistas durante quase todo esse século. Apesar do fato de a população idosa ser responsável por 25% das despesas com saúde e medicamentos nos Estados Unidos, e de permanecer internada em hospitais ou instituições geriátricas mais do que o dobro de tempo do que outros grupos etários, a geriatria, até pouco tempo atrás, quase não atraía especialistas. Somente a partir da década de 1980 é que o campo começou a crescer, acompanhando a transformação da velhice em uma questão pública. Mesmo assim, a geriatria ainda é considerada uma carreira que atrai menos especialistas. Para Haber, isso pode ser atribuído a problemas internos da própria disciplina e ao modelo original no qual a própria geriatria baseou-se.

A geriatria só surgiu como uma especialidade médica no início do século XX. Entretanto, uma série de modificações na forma como a medicina percebia a doença e o corpo envelhecido, nos séculos XVIII e XIX, constituíram um saber pré-geriátrico que tem sido referido como um discurso sobre a senescência (Katz, 1996). O discurso sobre a senescência teria germinado particularmente na França, com o trabalho de autores como Bichat e Charcot, formando a base sobre a qual emergiriam as modernas práticas sobre a velhice.

Segundo Haber (op. cit., p. 68), os médicos do século XVIII e do início do século XIX não viam os velhos como uma categoria separada de pacientes, a requerer tratamento específico. A maioria dos clínicos, diz a autora, prescrevia para eles basicamente o mesmo que receitariam para pessoas mais jovens. A terapêutica tradicional, portanto, não considerava as diferenças de idade. Evidentemente, havia doenças rotineiramente associadas à senescência, como a gota e o reumatismo. Mas nem o diagnóstico nem a terapêutica sofriam alterações

significativas em função da idade do paciente. Além disso, a debilidade da saúde dos velhos não era considerada um estado amenizável ou curável. Pelo contrário, os médicos acreditavam que esta seria a qualidade essencial e irremediável do processo de envelhecimento. Uma das concepções da época sobre a senescência é a metáfora na qual o corpo era concebido como tendo uma quantidade limitada de vitalidade: “ao nascer, o organismo era agraciado com um suprimento de energia, que utilizava para crescer e se desenvolver. À medida que este suprimento diminuía, o corpo, já na idade adulta, era capaz apenas de se manter. Finalmente, a sua energia estaria gasta, e o corpo decairia lentamente.”

Com sua energia drenada, conclui a autora, o indivíduo velho seria incapaz de sustentar o equilíbrio vital entre o corpo e o ambiente. O adoecimento seria, portanto, um inevitável e esperado aspecto desse estágio da vida. Esse modelo de envelhecimento não requeria que os médicos criassem uma terapêutica diferente para a senilidade, e poucos médicos dedicavam-se ao desenvolvimento de novos tratamentos para os velhos.

Ao longo do século XIX, um pequeno grupo de médicos franceses começaria a modificar essa visão tradicional sobre a velhice. Esses autores, entre os quais figuram nomes como Bichat, Broussais, Charcot e Louis, propuseram uma nova maneira de entender e, portanto, de tratar os pacientes idosos. Utilizando novas técnicas e teorias, essa elite passaria a caracterizar a velhice não meramente como o resultado do avanço dos anos ou da diminuição da energia, mas de acordo com suas condições fisiológicas e anatômicas singulares (Haber, op. cit.).

A história do saber sobre a velhice, nesse momento, confunde-se com a própria história da medicina. Os séculos XVIII e XIX, como nos mostra Foucault (1994), foram um período de grandes transformações na maneira como a medicina percebia a doença. Pelo exercício da anatomia patológica, a medicina passou a buscar os sinais da doença na superfície do corpo, o que significou um rompimento com um modelo secular de prática médica, que via a doença como produto da relação do indivíduo com forças cósmicas ou divinas. Nesse novo modelo, o corpo tornou-se um sistema de significados. Voltando o seu olhar para as superfícies do corpo, o discurso sobre a senescência trataria de diferenciar o corpo envelhecido, reconhecendo sinais que o tornariam distinto do corpo jovem. O trabalho de Bichat é citado como paradigmático, nesse sentido.

Em sua obra, Bichat delineou os princípios do vitalismo moderno. Sua maior contribuição para o estudo da velhice, no entanto, foi a anatomia calcada em uma teoria dos tecidos. Para Bichat, a doença teria origem nos tecidos, e depois comprometeria os órgãos. Conseqüentemente, a vida dos tecidos seria a própria vida em miniatura (Katz, 1996). Dessa maneira, a doença e a morte não seriam exteriores

à vida, mas intrínsecas a ela, conforme afirma Foucault (*apud* Katz, op. cit., p. 42):

Bichat relativizou o conceito de morte, destronando-a do seu sentido absoluto em que aparecia como um evento indivisível, decisivo e irrecuperável. Ele volatilizou-a, distribuindo-a ao longo da vida, sob a forma de mortes separadas, parciais e progressivas; mortes que eram tão lentas que se estendiam até mesmo após o falecimento do indivíduo.

Assim, o processo de envelhecimento seria um processo de morte, já que haveria deterioração dos tecidos. Como afirma Katz, a obra de Bichat e daqueles que o seguiram organizou uma nova percepção do corpo, que associava o avanço dos anos não apenas com um enfraquecimento ou declínio geral, mas com condições corporais específicas, inspirando o desenvolvimento de um conhecimento medicalizado, baseado na idade. A partir do trabalho de Bichat, o corpo envelhecido passaria a ser reconhecido como um corpo morrendo.

Embora nenhum desses autores tivesse o interesse unicamente voltado para o estudo da velhice, boa parte de suas pesquisas foi realizada com indivíduos idosos. Dois dos maiores hospitais de Paris nos quais a elite de médicos franceses trabalhou, o de Bicêtre e o de Salpêtrière, abrigavam não apenas os doentes e moribundos, mas uma considerável população de velhos pobres. Como frisa Haber, esses miseráveis velhos e institucionalizados tornaram-se sujeitos cativos de longas investigações científicas.

Um dos expoentes desse período é Charcot, que, a partir de sua experiência com os velhos de Salpêtrière, dedicou um de seus cursos às doenças na velhice. Publicado em 1881, o seu *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques* representa a idéia de que a velhice deve ser considerada separadamente, em sua patologia. Desse modo, a partir das pesquisas de Charcot e dos autores do período, começou a ser definida uma base clínica para a senescência.

O envelhecimento, como as doenças, causaria muitas alterações patológicas. Nas autópsias realizadas em pessoas idosas, os pesquisadores repetidamente descobriam evidências de esclerose e deterioração dos órgãos e tecidos. Bichat estabeleceu que esse era o caso de sete a cada dez pacientes, independentemente de seu estado aparente de saúde. Haber frisa que outros pesquisadores do período aproximaram a percentagem para os 100%. A aceitação dessa prerrogativa, diz a autora, significaria pensar que aqueles que sobrevivessem até a velhice avançada realmente teriam muito pouca esperança de escapar das debilidades e doenças físicas e mentais.

Além disso, quando a medicina passou a definir e a classificar a doença em termos de modificações nos tecidos, as transformações

visíveis do organismo adquiriram novos significados. Meramente por envelhecer, o indivíduo desenvolveria os sintomas exteriores e as lesões internas que seriam os signos de moléstias específicas, mesmo naqueles aparentemente saudáveis e ativos (Haber, op. cit.).

Na base desses achados, os clínicos franceses viam a velhice como um estágio distinto e irreversível do ciclo vital. Seria praticamente impossível que o corpo pudesse retornar à sua condição original. Como afirma Haber, a senescência passou a ter a sua própria natureza fisiológica. Ela diferiria da juventude de tal maneira que um observador não treinado não poderia compreender as suas especificidades. Numerosos textos médicos passaram a descrever a fisiologia e a anatomopatologia da velhice. O velho, assim como os outros grupos etários, necessitaria ser tratado de acordo com os padrões apropriados para a sua 'faixa etária'.

Os médicos franceses haviam rejeitado o modelo da energia vital em favor de outro modelo, baseado na degeneração dos tecidos. Se, antes, o estado patológico parecia diferir da normalidade apenas em grau, com o trabalho de Bichat e daqueles que o seguiram, a velhice passou a ser vista como um estado patológico qualitativamente diferente, com uma natureza fisiológica própria.

Nossa breve história da medicina continua. Com o trabalho de Theodor Schwann e Rudolf Virchow, no final do século XIX, a importância do tecido foi aumentada, atribuindo-se ênfase à questão celular. A célula passaria a ser considerada a unidade básica da vida, responsável tanto pelo crescimento e desenvolvimento do indivíduo quanto pelo seu envelhecimento. Na velhice, o processo de renovação celular funcionaria de maneira deficiente. Com o uso de microscópios, os cientistas viriam a afirmar que a própria composição das células do idoso havia se modificado. De fato, o que a elite médica européia fez foi isolar o envelhecimento em unidades cada vez menores. Nesse processo de reformulação, o envelhecimento veio a ser definido como uma doença progressiva, causadora de múltiplas modificações fisiológicas (Haber, op. cit.).

Essa forma de ver a velhice formaria a base sobre a qual surgiria a geriatria, no início do século XX. O fundador dessa especialidade médica teria sido o médico norte-americano, nascido em Viena, Ignatz Leo Nascher. Foi ele quem introduziu o termo 'geriatria' na comunidade médica, com um artigo de 1909, escrito para o *New York Medical Journal*. Mas o que se considera o início da geriatria foi a publicação de seu livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatments*, em 1914 (Katz, op. cit.). Não por coincidência, a introdução de *Geriatrics* foi escrita por Abraham Jacobi, considerado o pai da pediatria. Segundo Katz, Nascher tentou fazer pela velhice exatamente o que Jacobi havia conseguido em relação às crianças: o desenvolvimento de uma base clínica que identificasse de forma separada essa etapa do curso de vida.

O envelhecimento, para Nasher, era um processo de degeneração celular. Nas quatrocentas páginas que compunham *Geriatrics*, ele dedicava-se a detalhar com o máximo de precisão a maneira como os velhos deveriam ser diferenciados a partir de seus corpos, e como esses corpos deveriam ser pesquisados. De acordo com Katz, capítulos sobre queda de cabelos, unhas quebradiças, ressecamento da pele, irregularidades da textura muscular, perda de dentes, entre outros, mapearam o estágio de degeneração fisiológica como sendo diretamente relacionado ao nível celular. Desse modo, o que caracterizaria o envelhecimento seriam os processos patológicos. “Na senilidade”, explica o próprio Nasher (*apud* Haber, op. cit., p. 76), “a degeneração, as infiltrações, a atrofia, a hipertrofia, a ossificação, a calcificação, a esclerose, a anquilose, a contração, a compressão, as mudanças na forma e na constituição de novos tecidos ... seriam todas uma parte normal do processo de envelhecimento.”

Nasher propunha ainda que a combinação da degeneração celular interna com o declínio físico externo afetaria as características mentais e comportamentais dos velhos, e citava como exemplo a ‘avareza do idoso’, que supostamente resultaria da proximidade da morte. Um outro ‘sintoma’ de senilidade seria a presença de um interesse sexual exacerbado, pois, na velhice normal, o idoso se afastaria da vida sexual.

Baseado em suas crenças, Nasher argumentava que se tornava imperativa uma prática médica específica para os idosos. Com o estudo da geriatria, os médicos estariam capacitados para estabelecer as diferenças entre as mudanças fisiológicas e patológicas e tratar somente as doenças — e não as condições normais — da velhice. Até então, a maioria dos clínicos europeus e norte-americanos parecia acreditar que a velhice e a doença estariam inseparavelmente interligadas, se não fossem sinônimas. No máximo, a distinção entre as duas seria extremamente subjetiva. Exemplo disso é a afirmativa de Charcot (*apud* Haber, op. cit., p. 75), no seu *Lectures on senescence*: “as mudanças nas texturas/dos tecidos/ que a velhice induz no organismo às vezes atingem um ponto em que os estados fisiológicos e patológicos aparentam fundir-se em uma imperceptível transição, não sendo mais distinguíveis”.¹

Mas até mesmo o próprio Nasher (*apud* Haber, op. cit., p. 77) tinha algumas dificuldades para distinguir entre o estado normal e o patológico na velhice. “É impossível”, escreveu ele, “traçar uma linha precisa entre a saúde e a doença na velhice. Com todos os órgãos e tecidos sofrendo modificações degenerativas que afetam as suas funções fisiológicas, torna-se uma questão de opinião pessoal determinar a que ponto as mudanças nas características anatômicas e funções fisiológicas partem de mudanças normais da senilidade.”

O sonho da constituição de uma especialidade médica para a velhice estava ameaçado. Segundo Haber, o próprio Nasher teve de admitir que a geriatria não equivalia exatamente à pediatria. Para as

¹ Sobre esse ponto de vista, creio que se aplicam os princípios de Claude Bernard, analisados por Canguilhem (1978, p. 45), segundo os quais “a fisiologia e a patologia se confundem e são, no fundo, uma só e mesma coisa”.

crianças, os padrões de saúde podiam ser claramente mensurados à proporção que elas se desenvolviam; para os velhos, isso não seria tão simples: o curso normal do envelhecimento geraria doenças progressivas e incuráveis, levando os pacientes naturalmente à morte. Desse modo, os médicos pareciam continuamente recorrer aos padrões da maturidade — e não da velhice — para mapear o declínio do indivíduo.

Haber indica também um dos problemas de Nasher: como seus predecessores franceses, ele voltara-se mais para a patologia da velhice do que para sua terapêutica. As curas para os problemas da senilidade eram severamente limitadas. Geralmente Nasher receitava tônicos e estimulantes, juntamente com alterações na dieta alimentar. Além disso, prescrevia atividades ocupacionais, como a prática da jardinagem, da leitura, da pescaria, escutar música e ter a companhia de uma pessoa mais jovem, de preferência do sexo oposto (Haber, op. cit.).

Todas essas práticas ‘pouco ortodoxas’ contrastavam com as de outros campos da medicina, que experimentaram enormes avanços científicos no mesmo período. Talvez por isso, o projeto de uma medicina específica para a velhice tenha demorado tanto para se constituir. O apelo de Nasher não teve a repercussão que ele esperava. Segundo Haber, embora um expressivo número de médicos tenha escrito um ou dois artigos sobre as doenças na senescência, nenhuma escola médica ofereceu cursos sobre a velhice, e nenhum periódico de prestígio dedicou suas páginas a extensos estudos sobre o tema. A maioria dos médicos, afirma a autora, simplesmente ignorou o pedido de Nasher e continuou a se concentrar em especialidades mais lucrativas ou populares. Em contraste com a cirurgia ou a ginecologia, a geriatria permaneceu um campo com poucos praticantes, “uma especialidade só no papel”. Concluindo seu artigo, Haber (op. cit., p. 74) reflete sobre as contradições do modelo original da geriatria: os fundadores do campo, afirma ela,

retrataram o processo de envelhecimento de tal maneira que a noção de envelhecimento saudável parece ter sido eliminada. Vendo a senescência de uma perspectiva patológica, eles descreveram esse estágio inteiro da vida como uma longa e progressiva doença. Além disso, estes primeiros ‘especialistas’ deixaram o campo e as razões para a sua existência mal definidos. Onde começariam a velhice e a doença? E, talvez, ainda mais surpreendente, poderia o velho ser vigoroso, ou seria a própria noção de uma velhice saudável uma contradição nos seus termos?

A ‘descoberta’ da velhice como objeto de intervenção não se restringia unicamente ao corpo envelhecido. O velho também seria singularizado, como já sugeria Nasher, em relação ao seu

comportamento e às suas condições sociais. Mais do que isso, os velhos seriam descobertos como uma entidade demográfica, uma população. Para isso, novos discursos teriam se juntado ao da geriatria.

O surgimento da gerontologia como disciplina é mais complexo do que o da geriatria. O russo Metchnikoff, um médico do Instituto Pasteur e seguidor de Charcot, é citado como aquele que teria cunhado o termo, em um texto de 1903, chamado *The nature of man*. Para Metchnikoff, a gerontologia limitava-se, entretanto, ao estudo do potencial prolongamento da vida por meio de intervenções médicas.

Segundo Katz (op. cit.), autores muito diferentes contribuíram para a formação do campo gerontológico, desde autores ‘populares’, que buscavam curas milagrosas para o envelhecimento, até o discurso da demografia, por exemplo, que, no final do século XIX, inspirada pelas idéias malthusianas, via o possível aumento do número de idosos como uma ameaça para a ordem social. Um nome constantemente referido como de importância para a formação do campo é o de Stanley Hall, que publicou o livro *Senescence*, em 1922, chamando atenção para os aspectos psicológicos dessa fase da vida. Em 1939, Edmund Cowdry publicaria o ‘clássico’ *Problems on aging*, em que proporia que as questões da velhice fossem abordadas de maneira multidisciplinar. Esse modelo parece estar sendo seguido até os dias de hoje.

De volta aos dias atuais: epidemias e receitas miraculosas

Na introdução de um interessante artigo sobre doença de Alzheimer na Índia, o antropólogo Lawrence Cohen narra um curioso episódio por ele presenciado. Era o ano de 1988, e antropólogos de várias partes do mundo estavam em Zagreb, para um congresso internacional. Várias sessões foram dedicadas à velhice. Em uma delas, um antropólogo indiano apresentou um trabalho, especulando sobre a longevidade dos idosos de uma determinada tribo do nordeste da Índia. Em seguida, abriu-se a mesa para perguntas. E assim narra Cohen (1995, p. 314):

um antropólogo americano perguntou ao conferencista qual a prevalência de demência entre esses idosos. O palestrante, no entanto, pareceu não entender a pergunta. O americano repetiu-a, variando as palavras: demência senil? Doença de Alzheimer? O conferencista, que havia abordado questões profundas sobre a antropologia e o campo emergente da gerontologia na Índia, parecia não ter familiaridade com tais termos. Outras pessoas da platéia, a maioria da Europa, do Canadá e dos Estados Unidos, procuraram ajudar, tentando explicar algo que, para eles, era o óbvio. Os termos fluíam pelo ar, até que um empolgado participante exclamou: “Ah! Velhos loucos!” A atenção da audiência voltou-se irritadamente para o novo participante. Asseguraram que “velhos loucos”

certamente não era o que eles queriam dizer. Estavam referindo-se a uma doença biológica. “Estamos nos referindo”, falou um outro participante, à “senilidade”. “Ah, senilidade”, notou o antropólogo indiano. E, nesse momento, a audiência pareceu finalmente relaxar. “Mas veja”, e ele pacientemente sorriu, “não há senilidade nessa tribo.”

O episódio descrito relata o que Cohen chama de “um conflito de mundos morais”: por um lado, a noção médica ocidental, que vê a doença de Alzheimer como um mal biológico e universal; por outro, evidencia-se que mesmo os fenômenos pretensamente biológicos podem ser percebidos de diferentes maneiras, e que, no caso, a compreensão indiana sobre a velhice/senilidade é distinta da ocidental.

Cohen propõe, portanto, uma ‘heurística’ para a percepção da senilidade. Isso significa pensar que a percepção da senilidade estaria relacionada a uma atribuição de diferença ou descontinuidade para uma pessoa idosa, a partir de mudanças no afeto, na cognição, no caráter, no comportamento ou no discurso. Desse modo, ‘ficar fraco do cérebro’, na Índia, ou ‘ter doença de Alzheimer’, no Ocidente, seria “um processo dialógico, envolvendo tanto o idoso, quanto o outro, que o define como ‘diferente’ ou ‘mudado’” (Cohen, 1998).

O percurso histórico da doença de Alzheimer (DA) é interessante. Ela teria sido ‘descoberta’ em 1907 pelo médico austríaco Alois Alzheimer. O grande mérito de Alzheimer, o médico, teria sido demonstrar, pelo estudo do caso de uma paciente de apenas 51 anos de idade, que a DA era uma patologia, e não uma consequência da senilidade. Mas teria sido Kraepelin quem cunhou o termo, para homenagear o colega, em 1910.

Kraepelin, assim como Alzheimer, utilizava contudo a nova denominação da doença somente para fazer alusão à sua manifestação pré-senil. Segundo Leibing (1998, p. 61), “Kraepelin admitia que era difícil separar o envelhecimento normal e os primeiros sinais da demência senil”. A descoberta de Alzheimer, no entanto, teria permanecido por longos anos sem grande visibilidade, tendo despertado pouco interesse científico ao longo de boa parte do século XX. Acompanhando de certa forma o adormecimento da geriatria, a DA só seria ‘redescoberta’ no final da década de 1970. Utilizada como bandeira para a captação de verbas para a gerontologia, especialmente capitaneada pelo National Institute of Aging, nos Estados Unidos, a DA seria transformada em epidemia: a ‘praga cinza’.

Para Robertson (1991), o caso da transformação da DA em epidemia é um claro exemplo da utilização dos dados da chamada ‘demografia apocalíptica’. Com o crescimento do número de idosos na sociedade, todo idoso foi transformado em vítima em potencial da doença, com o agravante de que pessoas mais jovens também poderiam ser atingidas. O mais interessante de uma epidemia de

uma doença não contagiosa é justamente o fato de que parece ter havido uma ‘epidemia de diagnósticos’ — e não de novos casos, propriamente falando.

Um novo olhar parece ter se constituído sobre a velhice, nas duas últimas décadas do século XX, e o caso da DA exemplifica perfeitamente isso. Os pequenos desvios parecem ser cada vez menos tolerados, as dificuldades e a dependência causadas pelo envelhecimento passam a ser patologizadas e medicalizáveis. Mas não deixa de ser curioso, também, que justamente o diagnóstico seja um dos pontos mais problemáticos da doença de Alzheimer. Só se pode chegar a um diagnóstico com alguma margem de precisão com exames anatomopatológicos do cérebro, após a morte do paciente. Mesmo assim, houve casos de pessoas que possuíam as lesões características da doença e que não teriam desenvolvido seus sintomas (Robertson, *op. cit.*). Mesmo com a utilização de testes genéticos, os diagnósticos feitos são prováveis ou presumíveis. Temos, portanto, uma epidemia de diagnósticos prováveis de uma doença de etiologia ainda desconhecida.²

O caso da doença de Alzheimer é um incrível exemplo para entendermos a gestão da biomedicina e do saber geriátrico/gerontológico sobre a velhice. A epidemia da doença de Alzheimer no Ocidente, afirma Cohen (1998), parece ter sido socialmente construída a partir de uma fabulosa pregação de modelos de envelhecimento saudável. Nunca se falou tanto em ‘envelhecimento bem-sucedido’, e o surgimento de tantos casos de demência parece estar se dando em contraste com esses modelos ideais de velhice.

Refletindo sobre a história do antropólogo indiano, a idéia de que possa existir um local — a Índia, no caso — onde ‘não exista’ DA é extremamente instigante e provocativa.³ Com isso, Cohen lembra-nos que também a biomedicina não existe fora do seu contexto específico. Canguilhem (*op. cit.*) já nos demonstrara como um determinado sintoma pode ser considerado normal ou patológico, dependendo do contexto em que o indivíduo se encontra. Utilizando o referencial proposto por Cohen, podemos ir além e pensar a própria velhice como sendo percebida a partir de um processo dialógico, em que os valores morais e culturais influenciam a atribuição de descontinuidade a um ou outro aspecto do indivíduo. E a velhice tem sido vista cada vez mais como patológica, nos tempos de hoje.

Canguilhem fala-nos de uma normatividade vital, de uma capacidade inerente ao organismo de fornecer as suas próprias normas orgânicas. Mas no caso da velhice, com toda a sua heterogeneidade, parece que tais normas não têm um efeito normalizador. Elas prestam-se apenas às singularidades individuais. Talvez por isso, um fabuloso aparato parece ter sido criado para artificialmente normalizar o envelhecimento e, por meio dessas normas sociais, gerir a velhice.

² As pesquisas têm apontado para causalidades genéticas, mas ainda não conseguiram explicar todo o mecanismo que causa a doença. Há várias controvérsias a esse respeito.

³ A pesquisa de Cohen, realizada na região de Banaras, Índia, demonstra que, naquela cultura, as mudanças afetivas são mais relevantes do que as cognitivas, no sentido de marcar a maneira como o envelhecimento é percebido. Desse modo, os problemas cognitivos são mais tolerados e aceitos como parte da normalidade da velhice.

Retornamos a Brasília, ao Congresso de Geriatria e Gerontologia. O tema da mesa-redonda era irresistível e levou-me a acordar mais cedo, naquela manhã, para ir assisti-la. Era sobre 'Prevenção, em geriatria'. Cada debatedor tinha um título específico para sua fala: 'Quando devemos começar a prevenção? Aos 60 anos?', era o título da primeira fala. 'Devemos começar a prevenção na idade adulta?', perguntava-se o seguinte. 'Na infância e na adolescência?', indagava o terceiro debatedor. Por fim, a última palestrante falava sobre a importância da prevenção ainda na gravidez, e relatava os avanços de uma pesquisa de educação em saúde junto a crianças de um determinado município, desenvolvida pelo Departamento de Neurologia Geriátrica ao qual ela pertencia.

A prevenção parece ser a saída encontrada pela gerontologia para escapar do binômio saúde-doença. Com o discurso da 'prevenção', todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na 'normalidade'. Pela urgência da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes. Lutando por um envelhecimento bem-sucedido, a geriatria/gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbaum, Andrew et al. 1989 'What does gerontology mean?'. *The Gerontologist*, vol. 29, nº 3, pp. 393-400.
- Bookstein, Fred et al. 1993 'Aging as explanation: how scientific measurement can advance critical gerontology'. Em Thomas R. Cole et alii, *Voices and visions of aging: toward a critical gerontology*. Nova York, Springer Publishing Company, pp. 20-45.
- Butler, Robert 1975 *Why survive? Being old in America*. New York, Harper And Row.
- Canguilhem, Georges 1978 *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Cohen, Lawrence 1998 *No aging in India: Alzheimer's, the bad family and other modern things*. Berkeley, University of California Press.
- Cohen, Lawrence 1995 'Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India'. *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 9, nº 3, pp. 314-34.
- Debert, Guita 1999 *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo, Edusp.
- Estes, Carroll L. et al. 1991 'The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas'. Em Meredith Minkler et al., *Critical perspectives on aging: the political and moral economy of growing old*. Nova York, Baywood Publishing Company, pp. 117-34.
- Foucault, Michel 1994 *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

DANIEL GROISMAN

- Haber, Carole
1986 'Geriatrics: a specialty in search of specialists'.
Em David Van Tassel *et al.*, *Old age in a bureaucratic society*.
Nova York, Greenwood Press, pp. 66-84.
- Jordão Netto, Antonio
1997 *Gerontologia básica*.
São Paulo, Lemos Editorial.
- Katz, Stephen
1996 *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*.
Charlottesville, University Press of Virginia.
- Leibing, Annette
1998 'A antropologia de uma doença orgânica: doença de Alzheimer e fatores culturais'. *Cadernos Ipub*, nº 10, 2ª ed., pp. 57-74.
- Martins de Sá,
Jeanete Lianh
1999 'Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos'.
Em Anita Neri *et al.*, *Velhice e sociedade*. Campinas, Papirus, pp. 223-32.
- Masoro, Edward J.
1999 *Challenges of biological aging*.
Nova York, Springer Publishing Company.
- Moody, Harry R.
1993 'Overview: what is critical gerontology and why is it important?'.
Em Thomas R. Cole *et al.*, *Voices and visions of aging: toward a critical gerontology*. Nova York, Springer Publishing Company.
- Papaléo Netto,
Matheus (org.)
1996 *Gerontologia*.
São Paulo, Atheneu.
- Robertson, Ann
1991 'The politics of Alzheimer's disease: a case study in apocalyptic demography'.
Em Meredith Minkler *et al.*, *Critical perspectives on aging: the political and moral economy of growing old*.
Nova York, Baywood Publishing Company, pp. 135-52.

Recebido para publicação em abril de 2001.

Aprovado para publicação em junho de 2001.