

## ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE ENVELHECIMENTO E DOENÇA NA PERSPECTIVA DA OSTEOARQUEOLOGIA

### BETWEEN THE NORMAL AND THE PATHOLOGICAL: THEORETICAL CONSIDERATIONS ON AGING AND DISEASE FROM THE STANDPOINT OF OSTEOARCHAEOLOGY

Desirée Barbosa Paiva Nascimento<sup>i</sup>

Raquel Roldan Mastrorosa<sup>ii</sup>

Sérgio Francisco Serafim Monteiro da Silva<sup>iii</sup>

**Resumo:** O envelhecimento humano é um fenômeno complexo e deletério, podendo ser compreendido através de concepções biológicas, cronológicas e culturais. Considerando as pluralidades que envolvem as conceitualizações e classificações sobre o normal e o patológico nas áreas das ciências médicas e sociais, identificamos uma carência de estudos relacionados à revisão conceitual e classificatória na Arqueologia, principalmente dos processos naturais de envelhecimento e elaboração do perfil biológico dos envelhecidos. Objetiva-se revisitar algumas discussões sobre doenças e envelhecimento, tanto no âmbito fisiológico, quanto no cultural, contrapondo com as classificações e patologias descritas nos manuais de osteoarqueologia. Foram analisadas algumas condições patológicas e ontogênicas, suas definições no que tange às doenças relacionadas ao envelhecimento. Algumas patologias estão relacionadas diretamente aos processos degenerativos do envelhecimento. As normatividades classificatórias interferem nas interpretações arqueológicas, por considerarmos que algumas alterações, quando associadas a indivíduos envelhecidos, não devem ser classificadas como patologias, mas como processos naturais de senescência. **Palavras-Chave:** Envelhecimento; Arqueologia da doença; Osteoarqueologia.

**Abstract:** Human aging is a complex and deleterious phenomenon, and can be understood through biological, chronological, and cultural conceptions. Considering the pluralities that involve the conceptualizations and classifications about the normal and the pathological in the areas of medical and social sciences, we identified a lack of studies related to the conceptual and classificatory review in Archaeologic, mainly the natural processes of aging and elaboration of the biological profile of the aged. Revisit some discussions about diseases and aging, both in the physiological and cultural spheres, contrasting with the classifications and pathologies described in the manuals of osteoarchaeology. Some pathological and ontogenic conditions, their definitions regarding diseases related to aging were analyzed. The diseases are directly related to the degenerative processes of aging. The classification norms interfere in the archaeological interpretations, considering that some alterations, when associated with aged individuals, should not be classified as pathologies, but as natural processes of senescence. **Keywords:** Aging; Archaeology of the disease; Osteoarchaeology.

---

<sup>i</sup> Arqueóloga, discente do Programa Pós-Graduação em Arqueologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: d.siree@hotmail.com

<sup>ii</sup> Arqueóloga, discente do Programa de Pós-Graduação em Arqueologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: raquel.mastrorosa@ufpe.br

<sup>iii</sup> Docente do Departamento de Arqueologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: sergio.serafim@ufpe.br

## Introdução

Recentemente, com o desenvolvimento de novas soluções terapêuticas, novas tecnologias diagnósticas, a busca por modelos de beleza, adoção de comportamentos saudáveis e pelas discussões em torno da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde (Batistella, 2007), o diálogo em torno dos conceitos de saúde e doença e do processo saúde-doença (Barros, 2002; Oliveira & Egry, 2000; Schramm & Castiel, 1992) tem ressurgido com interesse na comunidade acadêmica, suscitando novos debates. Essas contendas, entretanto, tem se concentrado na área da saúde, com aderência em poucas áreas das ciências humanas, sendo ainda escassas dentro da Arqueologia.

Revisitando a produção acadêmica na Osteoarqueologia, nos deparamos com uma necessidade de debates teóricos e estudos de casos que envolvem qualidade de vida e a experiência social dos indivíduos, mediante a sua condição fisiológica em contextos sistêmicos do passado. Entretanto, quanto mais retrocedemos cronologicamente, mais raras se tornam as informações sobre o modo de vida e principalmente sobre a saúde, cuidados e normatizações atribuídas às doenças que apresentavam. Baseando-se nas produções e metodologias de classificações e pesquisa utilizadas pelos bioarqueólogos, problematizamos a ausência da discussão sobre uma revisão classificatória das osteopatologias, considerando os processos degenerativos associados ao envelhecimento, que afetam consideravelmente a produção e interpretação arqueológica sobre o material em análise.

Em se compreendendo que as condições de saúde e a busca por uma determinada normatividade fazem parte da experiência social de vários grupos ao longo da existência humana, buscamos debater sobre as percepções da doença e do envelhecimento e como estas podem influenciar (e serem influenciadas) pelo meio social, interferindo diretamente na convivência dos indivíduos e o status que estes recebem em determinada sociedade, mesmo reconhecendo a dificuldade inerente a essas construções teóricas.

## O Normal Versus o Patológico: Considerações Sociais e Biológicas

Na literatura antropológica existem vários relatos onde a doença é curada por sistemas religiosos que visam reinserir o *sujeito enfermo* em um novo contexto cósmico, com o objetivo de fazê-lo encontrar a cura (Bastos, 2018; Fleck, 2005; Laplantine, 2016; Rabello, 1994; Vidille, 2006). Esses sistemas são baseados em rituais que, em geral, agem reorganizando a visão de mundo e as experiências espirituais e sociais do *paciente*, muitas vezes através das analogias e metáforas, fazendo-o perceber-se como um novo sujeito com novas oportunidades dentro do seu universo conhecido.

Em alguns casos, acredita-se que a enfermidade é proveniente “do rompimento temporário do corpo com seu espírito” (Rocha, 2005). Em outros, a enfermidade é inserida no corpo por desejo de outros e apenas o pajé pode curá-las através de seus rituais mágico-religiosos (Vidille, 2006), removendo os maus espíritos e os encantamentos da vítima. Em ambos os casos o doente é levado a organizar seu mundo de acordo com os novos cenários construídos, reorientando suas atitudes e, ao invés de retomar o estado inicial, o doente é reinserido em um novo cenário (Rabello, 1994).

A doença pode ser compreendida como um *constructo*, passível de medições fisiopatológicas - quadros clínicos similares, parâmetros biológicos, prognósticos e implicações para o tratamento -, que se relaciona com o sofrimento, dor e o mal, não correspondendo integralmente com essas instâncias. Nesse sentido, as pessoas podem ser afligidas diferentemente pelas doenças, resultando em manifestações distintas de sintomas e desconforto, comprometendo de forma diferente suas capacidades de interação social. Um foco importante é aquele relacionado com o dispositivo da *percepção individual sobre a saúde*, o *bem-estar* individual e o conseqüente *bom desempenho social* (Oliveira & Egry, 2000 apud Evans & Stoddart, 1990). De certo modo, as doenças associam-se ao padrão de crescimento da mortalidade e morbidade nas sociedades humanas (Oliveira & Egry, 2000). Entretanto, são concepções modernas, relativas ao processo saúde-doença.

É importante citar que na construção dos modelos teóricos sobre a doença existem duas perspectivas: as que levam em consideração a experiência do médico, do terapeuta e do curandeiro; e aquelas que se baseiam na compreensão que o indivíduo considerado doente possui sobre a sua própria condição. Esses pontos são elencados por Laplantine em *Antropologia da Doença* (2016), na tentativa de reunir e classificar as expressões dos modelos etiológicos-

terapêuticos da sociedade contemporânea francesa. Apesar de possuir um recorte geográfico e cultural necessários para contextualizar a obra, as classificações construídas por Laplantine (2016) podem ser aplicadas metodologicamente como forma de classificar outros modelos teóricos sobre a saúde e doença, principalmente pelo fato de “tomar a doença como objeto do conhecimento científico” e voltar a atenção das expressões da doença para a experiência do doente (Laplantine, 2016:17).

Em *Antropologia da Doença*, Laplantine (2016) seleciona para a descrição e estudo dos modelos teóricos sobre as doenças cerca de 150 fontes, entre enciclopédias, guias práticos, composições técnicas, humanistas, cristãs, produções críticas à medicina ocidental e mais de 400 obras que incluem romances médicos e outras literaturas que contam a experiência da morbidez, ora com o paciente no centro da questão, ora com o médico como sujeito principal. Há ainda os textos do terceiro tipo, que abordam a doença "na segunda pessoa", onde o narrador se confronta com a doença do outro (Laplantine, 2016). Com base nessa pesquisa, Laplantine (2016) identifica um número limitado de ideias e termos que organizam a percepção em torno da saúde e doença e na relação entre esses termos:

Tabela 1: Palavras-chaves que organizam a percepção dos modelos etiológicos-terapêuticos.

A coisa	A sociedade
A substância	A relação
O interior	O exterior
A natureza	A cultura
O senso	O contrassenso
O bem	O mal
O homogêneo	O heterogêneo
O individual	O social
O aditivo	O subtrativo
O dualismo	O monismo
A alteridade	A alteração
A quantidade	A qualidade
O semelhante	O contrário
A inibição	A estimulação

Fonte: Laplantine, 2016:37.

A relação entre essas ideias permite a elaboração de quatro grupos contrastantes de modelos etiológicos e terapêuticos, sendo os primeiros os que apontam a origem e causalidade da doença, e os quatro grupos de modelos terapêuticos aqueles que explicam os métodos adotados para sanar os distúrbios que fogem das normas sociais de saúde. Laplantine (2016:39) define um modelo etiológico terapêutico como “uma matriz que consiste em uma certa combinação

de relações de sentido, e que comanda, com mais frequência à revelia dos atores sociais, soluções originais, distintas e irredutíveis, para responder ao problema da doença” . São eles:

Tabela 2: Modelos etiológico-terapêuticos

Modelos etiológicos	Modelos terapêuticos:
Ontológico / Relacional	Alopático / Homeopático
Exógeno / Endógeno	Exorcista / Adorcista
Subtrativo /Aditivo	Aditivo / Subtrativo
Benéfico / Maléfico	Sedativo / Excitante

O confronto com a doença e com a morbidez parte das expectativas e critérios designados pela sociedade (ou pela parte da sociedade em questão) como *normais* ou *patológicos*. A construção, ou a expectativa de compreender esses modelos, seja na Antropologia, ou na Sociologia não podem ser considerados fatos, mas como formas interpretativas, ou seja, “tentativas de construção que buscam a explicação dos fatos” (Laplantine, 2016:34), partindo de uma abordagem comparativa entre as representações e interpretações dessas doenças.

O mesmo pode ser dito sobre a abordagem arqueológica quando esta se utiliza do corpo humano como objeto de estudo científico para reconstituir modelos sociais, comportamentos e modos de vida que não estão mais vigentes, já que a observação parte sempre de como encaramos o sujeito e não da experiência social real do mesmo. Assim, como no contexto social - sistêmico - que existiu um dia em um sítio arqueológico, os modelos teóricos identificados em uma sociedade não são estáticos: eles se transformam, podem ser múltiplos, e até mesmo conflitantes. Isso acontece em decorrência da perda de influência de um modelo de cura, que abre espaço para a expansão de novos modelos, sofrendo uma crise em relação aos fundamentos teóricos e sua credibilidade social, além de uma ruptura epistemológica, histórica e sociocultural, e precisam ser estudados comparativamente como forma de compreender como se deu essa transformação (Laplantine, 2016).

Na medicina ocidental o *corpo* é estudado como um elemento pertencente às ciências naturais e estabelece parâmetros normativos sob os quais o corpo, “normal” ou “sadio”, deve se adequar para ser digno de receber essa classificação. A normatividade médica sobre os corpos sadios e doentes ganhou espaço e força com os movimentos eugenistas no século XIX e XX. Toda e qualquer alteração é tratada predominantemente sob uma perspectiva biológica, com o objetivo de conter o fator patológico.

Muitas teorias sobre a doença afirmam que, quando tratada como um instrumento de perturbação da norma, se permite que o corpo e o indivíduo afetados retornem ao seu estado normal depois de o mal ser expulso. Canguilhem (2011:12) concorda que a antiga medicina grega tinha uma perspectiva dinâmica da doença, onde o estado normal da natureza (*physis*) corresponde à harmonia e o equilíbrio, e a perturbação desta harmonia natural corresponde à doença. Desta forma, pela perspectiva totalizante e não-localizante, a doença não está em nenhuma parte isolada do homem, mas está em todo ele. Sob a ótica hermenêutica, os indivíduos não devem ser analisados apenas sob a sua experiência biológica da doença, mas como sujeitos que vivenciam experiências subjetivas da mesma, com a necessidade de tratar a saúde-doença de forma totalitária, ligados ao estado de ser de cada indivíduo (Caprara, 2003).

A percepção da doença, segundo essa teoria, afirma que são os quatro humores (quente, frio, úmido e seco) os responsáveis pela presença da doença quando estes entram em perturbação e, além da simples desarmonia, a doença é também um esforço da natureza em restaurar o equilíbrio perdido pelo homem. Desta forma, o corpo adoece com o propósito de criar um reequilíbrio e encontrar a cura (bem-estar). Foi graças aos hipocráticos, quando decidiram registrar as suas experiências enquanto médicos, que surgiu pela primeira vez a história clínica, com um modelo racional de interpretação da medicina (Batistella, 2007).

Galeno (122-199 D. C.) sintetizou os conhecimentos médicos anteriores, muitos deles inspirados na filosofia de Hipócrates, conduzindo aos avanços diagnósticos e terapêuticos, tendo como fundamentos a cuidadosa avaliação do doente. Segundo esse filósofo, fisiologista e terapeuta, as doenças podiam ocorrer por fatores internos, ligados à predisposição individual e constituição física, fatores externos, voltados para o excesso de alimentação, exercícios físicos e sexuais ou fatores conjuntos, influenciados pelo fluxo permanente dos humores e fatores ambientais (Barros, 2002).

Segundo Canguilhem (2011), Henry Sigerist apresentou uma explicação concisa sobre a reunião e evolução das teorias médicas: A evolução teria resultado na formação de teorias entre o normal e o patológico, “segundo a qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são do que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, não tanto como “a” ou “dis”, mas como hiper ou hipo” (Canguilhem, 2011:13). O estado patológico seria então uma modificação quantitativa dos níveis que consideramos “normais”, reforçando a visão da normatividade considerada ideal para a saúde.

A definição adotada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, reconhece a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções ou enfermidades” (Duarte, 1999). Se assumirmos esta definição como referência, compreendemos que a saúde é um estado transitório, não estático, multifatorial e passível de ser alcançado por todos, mas que, ao mesmo tempo, demonstra que ninguém será completamente saudável nem completamente doente, pois todo indivíduo é submetido e exposto a condições de saúde e doença ao longo de sua existência. Esse conceito de saúde universal pode ser visto também em Platão, que afirmava que a saúde do homem estaria no cuidado com o todo (a alma e o corpo), jamais no cuidado com os componentes isolados (Vasconcelos & Freitas, 2012).

É importante observar que, na experiência arqueológica, podemos ser confrontados em certos contextos com os modelos etiológicos, mas também com a busca pelo tratamento da doença, pelo uso de métodos paliativos, e que eles variam de acordo com o contexto geográfico e cronológico do sítio - ou contexto sociocultural específico - em questão, muitas vezes apenas vestígios de como os indivíduos buscavam solucionar o problema da mortalidade, da morbidade.

Quando trabalhamos com a doença relacionada ao ser *pré-histórico* no contexto brasileiro, somos obrigados a optar por uma metodologia “fiscalista”, voltada para as normas e conceitos biológicos fundamentais. A doença (*dolentia*) precisa ser considerada como uma afecção perturbante de um organismo normal, segundo a biomedicina, deixando de lado as suposições que faríamos sobre o sofrimento e as experiências religiosas, morais e metafísicas que envolveram o indivíduo portador da enfermidade.

Daí surge a dificuldade em relacionar a leitura do corpo orgânico com o contexto social no qual esteve inserido determinado indivíduo, de forma não-reducionista, precisando recorrer a outros elementos para compreender a dinâmica do sítio em questão. Havia uma cova? Quais os outros objetos que se relacionavam à cova? Havia outros indivíduos? Quais os sexos dos esqueletos relacionados? Havia diferença no acompanhamento funerário que permitisse alguma leitura de gênero ou ocupacional? Havia indicadores de estresse ósseo ou doenças? E, em se tratando do objeto de estudo proposto por este artigo: qual a idade dos indivíduos? Estariam as patologias (doenças) relacionadas ao envelhecimento, ou estamos classificando sinais naturais da velhice como doenças por enxergar o envelhecimento biológico por uma ótica patologizante?

## Ponderações Sobre o Envelhecimento e o Patológico

Todo organismo vivo e multicelular possui um tempo de vida e sofre modificações com o passar do tempo. A vida desses organismos, incluindo os seres humanos, pode ser dividida em três fases. A *fase de crescimento e desenvolvimento* (modelação) é onde ocorre o crescimento e desenvolvimento dos órgãos especializados e o organismo adquire capacidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir (Cancela, 2007). A segunda, chamada de *fase reprodutiva*, se caracteriza pela reprodução do indivíduo, garantindo a sobrevivência e perpetuação da espécie. Por fim, a terceira fase é conhecida por *senescência* (remodelação), que se caracteriza como “as mudanças relacionadas à idade que afetam adversamente a vitalidade e a função de um organismo e, o mais importante, aumentam a taxa de mortalidade em função do tempo” (Arking, 2008:11).

O envelhecimento biológico é um processo que inicia no nosso nascimento e só finaliza no momento da nossa morte, precedida pela senescência do organismo, processo natural que é também conhecido como ontogenia. O termo *senescência* se refere a um período de mudanças relacionadas à passagem do tempo que causam um efeito deletério e degenerativo no organismo, manifestado em todos os órgão e tecidos, e exerce impacto na capacidade funcional do indivíduo ao torná-lo mais suscetível a doenças crônicas (Teixeira & Guariento, 2010).

Ao passo que o *Envelhecimento* se caracteriza sumariamente a aspectos biológicos inerentes aos seres vivos, a *Velhice* constitui-se de uma representação coletiva que caracteriza a condição do ser humano senescente (Costa Santos, 2010). A velhice é constituída a partir das compreensões fisiológicas e biológicas do processo ontogênico, se institui como uma identidade atribuída a esse processo de acordo com as exigências e, historicamente, o indivíduo velho passa por diversas conceitualizações, diferentes tratamentos e assume distintas funções sociais ou então torna-se totalmente marginalizado e esquecido por não apresentar mais funcionalidade social àquele determinado contexto (Minois, 1989).

Atualmente, temos conceitualizações biológicas que definem o envelhecimento através das nossas percepções contemporâneas sobre a *Velhice*, sobre a funcionalidade e sobre o que é ser *normal*. Segundo Castro (2007), o “envelhecimento normal”, denominado como *primário*, é característico a todos os idosos e é intrínseco ao organismo, definido por alterações funcionais e estruturais próprias do envelhecimento, não prejudicando a sua capacidade de alteração. Já o “envelhecimento patológico” ou *secundário*, se encontra relacionado a fatores externos, como



lesões, traumatismos e doenças que podem alterar a capacidade de adaptação interpessoal, social e ambiental do indivíduo (Papaléo Netto, 2017). Birren and Schroots (1996) se referem ainda ao “envelhecimento terciário” ou *terminal*, que se caracterizaria pelas perdas cognitivas e físicas, ocasionadas pelos efeitos cumulativos do envelhecimento e das doenças relacionadas à idade (Fechine & Trompieri, 2012).

Em vista disso, a percepção da degeneração fisiológica, bem como as limitações funcionais decorrentes dos processos degenerativos e com diferentes parâmetros relacionados à longevidade humana, transmutam no decorrer dos séculos, ganhando significados distintos entre diversas sociedades e culturas que se constituem de identidades sociais; significados e significâncias distintas que constituem o sujeito senil: seu lugar social, religioso, cultural, econômico, seu estatuto identitário e sua construção como tabu social (fraqueza e morte social; de caráter excludente) ou como sucesso no decaimento da mortalidade (força e eternização social; de caráter includente)

### **Discursos, Normatividades e Arqueologia**

Conceitualizações são historicizadas e construídas por agentes sociais cujos parâmetros normativos tendem a variar e se modificar no tempo-espaço, de acordo com as exigências e necessidades culturais de determinado grupo social em questão. Igualmente, as classificações, ainda que não consigam solucionar todos os problemas, são criadas com o intuito de sistematizar as formas do conhecimento (científico e não científico) a fim de facilitar suas compreensões (Dunnell, 2006).

Ambas as “categorias” assumem um papel de normatizar e conduzir um determinado discurso e saber; é importante compreendermos que os processos de normatizações, de classificações e de conceitualizações ganham espaço e força, tornando-se comuns e muitas vezes inquestionáveis nas ciências no século XIX (Dunnell, 2006). Todavia, é interessante compreendermos como foram construídos esses parâmetros normativos e o que consideramos como “normal” e “patológico” e como essa “normatividade” está inserida nos discursos médicos que foram os responsáveis por auxiliar nos desenvolvimentos dos manuais de bioarqueologia e osteoarqueologia.

Outrossim, ao considerarmos os parâmetros históricos que conduziram a normatividade biológica<sup>1</sup> na Arqueologia, de um modo geral,

[...] pode-se dizer que até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidade de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar” (Foucault, 1977:41).

De toda forma, entendemos o conceito de “normal” como sendo, *a priori*, um julgamento de valor, pois este, não se baseia em uma “média correlativa a um conceito social, não é um julgamento de realidade” (Minkowski, 1938:84-93 apud Canguilhem, 2011:45), e, a saúde como sendo “um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamentos orgânicos” (Canguilhem, 2011:53). A bem da verdade, podemos compreender que a normatividade está sumariamente constituída no discurso que é estabelecido pela norma, e as normas, por sua vez, são mecanismos de poder disciplinadores (Revel, 2005) e, “a delimitação do espaço discursivo patológico é, evidentemente, um procedimento de exclusão do discurso” (Gleyse, 2018:190).

Ao passo que até o século XVIII não se instituíam discursos e saberes que normatizavam<sup>1</sup> a condição do indivíduo mediante sua saúde, vemos que a “medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde; é em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções” (Foucault, 1977:41- 42). Ao pensarmos as normatividades do discurso médico na Arqueologia, nos atentamos sumariamente ao que podemos classificar como sendo *patológico*, indicando ausência ou presença de patologias mediante às alterações ósseas. Essas alterações ósseas - e seus agentes etiológicos - são *indícios* da doença, pois, entre os remanescentes arqueológicos de seres humanos, muitos são ossos e também restos mumificados, um contexto sem cadáveres e sem sangue ou líquidos corporais para exames complementares e potencialmente diagnósticos.

Além disso, as alterações que podem ser classificadas e ditas como “patológicas” não necessariamente se circunscrevem no campo da doença, mas no campo natural do processo degenerativo fisiológico humano. A falta de uma reflexão sobre até que ponto podemos considerar como sendo patológico ou “normal” se estabelece pela pouca expressividade de

---

<sup>1</sup> Aqui, compreendemos por *normatividade biológica* os discursos e os saberes constituídos e construídos que atribuem ao corpo humano normas de vivência e as condições que caracterizam um indivíduo saudável, nesse contexto, a ausência de indícios de patologias

estudos que enfatizam o envelhecimento humano na Arqueologia e, conseqüentemente, suas subjetividades atreladas à idade.

Embora as classificações assumam um papel fundamental na Arqueologia, para refletirmos sobre as classificações e sobre as construções discursivas sobre as condições de “saúde”, principalmente de grupos pré-históricos, é imprescindível compreendermos questões sobre o modo de vida dessas populações. Assim como compreendermos e classificamos o que é *normal* e o que é *patológico* na contemporaneidade, baseados e fundamentados em estudos científicos e em normatividades específicas. Parece existir uma variação na compreensão, conceitualização, tratamento e aceitação sobre “normal” e “patológico” que variam e mudam no substrato tempo-espaço-cultura.

### **O Envelhecimento Esquelético e as Patologias nos Manuais de Osteoarqueologia**

Com bases em pesquisas de bibliografias voltadas para a Osteoarqueologia, selecionamos alguns manuais que expõem estudos sobre patologias em material arqueológico e identificamos as principais patologias citadas associadas ao envelhecimento biológico (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006; Brickley & Ives, 2008; Ortner & Putschar, 1981; Roberts & Manchester, 2010; Rogers & Waldron, 1995; Waldron, 2009). Fizemos uma revisão dessas obras com algumas considerações sobre as classificações dessas doenças. Foram localizadas as seguintes principais doenças associadas ao envelhecimento: às doenças articulares degenerativas, as osteoartrites, as formações osteofíticas (indiciárias de doenças das articulações, artropatias), hiperostose esquelética idiopática difusa, hiperostose frontal interna, artrite reumatoide, osteoporose e osteopenia e osteíte deformante.

#### **Doenças articulares degenerativas**

O processo de deterioração gradual com o avançar da idade é um fenômeno comum tanto a plantas quanto a animais e se manifesta clinicamente com a senilidade de forma mais visível em indivíduos de longa vida, afetando a maior parte dos sistemas do corpo (Roberts & Manchester, 2010).

As doenças degenerativas mais comuns que afetam o esqueleto são as doenças articulares (Roberts & Manchester, 2010; Rogers & Waldron, 1995) e são normalmente detectadas a partir da quarta década de vida. Caracterizam-se pela degradação da cartilagem articular, que expõe

as superfícies ósseas, causando atrito entre as mesmas e, conseqüentemente, nova formação óssea nas bordas articulares, calcificação da cartilagem, formação cística e eburnação, e há várias doenças dentro desta categoria. (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006:93; Rogers & Waldron, 1995)

As articulações sinoviais são as mais numerosas e as mais afetadas, algumas delas mudam sua aparência com o avançar da idade e essas informações podem auxiliar no diagnóstico da idade do esqueleto, principalmente através da análise da sínfise púbica e da superfície articular do íleo (Waldron, 2009). As doenças articulares degenerativas são as mais comumente identificadas em ossos secos, sendo a eburnação o principal critério diagnóstico, possivelmente acompanhados de *pitting*, formação de osteófitos e cistos subcondrais, podendo também ter associação com atividades de estresse ocupacional (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006:95-96).

#### Osteoartrite

Depois das doenças dentárias, a osteoartrite é a condição mais identificada em esqueletos arqueológicos. Ela ocorre devido à uma condição degenerativa e erosiva da cartilagem sinovial e em fases mais avançadas pode causar uma resposta inflamatória do organismo, incluindo a formação de novos vasos sanguíneos e de novo tecido ósseo na tentativa de reparar os danos (Waldron, 2009:27). Segundo Waldron (2009), não são apenas os fatores mecânicos os responsáveis por esta condição, sendo mais comum em mulheres de idade avançada do que em homens, apresenta origem multifatorial, sendo incomum em indivíduos com menos de 40 anos, e apresenta progressão considerável acima dessa idade. Contudo, o mesmo autor faz uma observação pertinente: “osteoarthritis should never be used as an ageing criterion for the skeleton, however, as there are no other means to calculate age-specific prevalences which are necessary when comparing frequency between studies”<sup>2</sup> (Waldron, 2009:31).

Ainda no que diz respeito à osteoartrite, Waldron (2009), ao citar as áreas mais comumente afetadas por essa patologia, afirma que a doença da articulação acromioclavicular “é quase universal em indivíduos idosos e uma das mais comumente afetadas no esqueleto” (Waldron,

---

<sup>2</sup> A osteoartrite nunca deve ser utilizada como critério de envelhecimento esquelético, no entanto, não há outros meios para calcular a prevalência da idade específica que é necessária quando comparamos a frequência entre estudos.

2009:35), assim como uma forma de artrite que afeta a região glenoumeral, que costuma ser acompanhada pela presença de cristais de fosfato de cálcio na articulação.

#### Osteofitose

Ela aparece no trabalho de Aufderheide e Rodríguez-Martín (2006:96) como um produto das alterações sofridas pela degeneração dos discos intervertebrais, e corresponde a uma neoformação óssea do periósteo, sendo incomum antes dos 30 anos e com crescimento progressivo de acordo com a idade, atingindo o 80%-90% acima dos 75 anos, podendo estar associada com o aumento na porosidade e *pitting* (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006:95-96).

Entretanto, a osteofitose aproxima-se mais dos processos relacionados ao surgimento de doenças articulares proliferativas ou mistas, uma neoformação óssea que está associada a mais de um tipo de patologia diferente (Rogers & Waldron, 1995), que ocorre na resposta do corpo de compensar a carga mecânica e tensão à qual a articulação está sendo submetida (Roberts & Manchester, 2010), de forma que a presença exclusiva de osteófitos sem outros sintomas associados não corresponde necessariamente a um sinal de patologia, mas muito provavelmente a uma condição normal do envelhecimento.

#### Hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH)

Raramente identificada antes dos 40 anos, a DISH é uma condição que resulta na ossificação da coluna, resultando em anquilose da espinha vertebral, causando fusão do ligamento longitudinal ântero lateral de quatro ou mais vértebras, resultando em um aspecto conhecido como “cera de vela”, sem envolver patologias dos discos intervertebrais, mas com possibilidade de haver calcificação ou ossificação de ligamentos “extra-espinhais”, cartilagens e outros tecidos moles (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006:97; Waldron, 2009:73). Podem ocorrer neoformações ósseas também em outras regiões, como ao redor do calcâneo, patela e na inserção do músculo tríceps no olécrano (Waldron, 2009).

#### Hiperostose frontal interna

Trata-se de um espessamento da díploe nos ossos do crânio, com maior incidência no frontal, mas com possibilidade de ocorrer também nos outros ossos cranianos, de forma unilateral ou bilateral, encontrado predominantemente em mulheres de idade mais avançada (Waldron, 2009:79).

### Artrite reumatoide (AR)

Doença crônica de natureza autoimune que causa uma inflamação das articulações sinoviais e tecidos conjuntivos, com uma forma que afeta indivíduos adultos e outra juvenil (Roberts & Manchester, 2010) e começa a se manifestar entre os 20 e 50 anos de idade (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006:99).

### Osteoporose e osteopenia

A osteoporose representa uma condição de perda da massa óssea por fatores multicausais que acometem a matriz óssea. Após atingir o pico de massa óssea, evento que costuma ocorrer entre os 25-30 anos (Waldron, 2009), o esqueleto passa por uma perda progressiva de massa, em especial do tecido trabecular, influenciado por vários fatores, como atividade física, dieta, ancestralidade biogeográfica e sexo.

As mulheres passam por uma perda mais expressiva em todas as idades, mas especialmente no período pós-menopausa, 'devido ao decréscimo do hormônio estrogênio no organismo (Waldron, 2009). "Esse desequilíbrio é aceito como consequência do processo normal de envelhecimento e a perda óssea resultante desse processo não é indicativo de osteoporose" (Riggs et al., 1998; Brickley & Ives, 2008 apud Parfitt, 2003), e o osso que permanece nas perdas relacionadas à idade é estruturalmente normal, diferentemente da forma patológica de mineralização óssea que acomete outras doenças metabólicas, como a doença de Paget (Brickley & Ives, 2008, p. 151). A osteoporose pode ser classificada em 2 grupos, como mostrado na tabela 3

Tabela 3: Classificações da osteoporose

Osteoporose Tipo 1	Osteoporose Tipo 2
Afeta principalmente mulheres na pós menopausa	Afeta igualmente ambos os sexos
51-75 anos	Acima dos 60 anos
Caracterizada predominantemente pela perda óssea trabecular com fraturas da parte distal do rádio e vértebras	Perda óssea trabecular e cortical com fraturas vertebrais e nos quadris

Fonte: (Aufderheide & Rodríguez-Martín, 2006:314)

Neste ponto há uma divergência entre os autores. Enquanto Aufderheide and Rodríguez-Martín (2006) classificam a osteoporose Tipo 1 como característica de mulheres entre 51-75 anos, Waldron (2009) classifica a taxa de incidência dos 55-75 anos e da osteoporose Tipo 2 apenas após os 70 anos de idade, como afetando ambos os sexos. Brickley e Ives (2008) associam alguns

fatores à osteoporose ligados-à idade, como menopausa, acúmulo do pico de massa óssea, idade avançada, nutrição, atividades mecânicas, grupos populacionais e exercícios extremos.

#### Doença de Paget (Osteíte deformante)

Doença de etiologia ainda desconhecida, onde ocorre uma produção anormal e desorganizada do tecido ósseo, devido à uma atividade exacerbada dos osteoclastos. É considerada a segunda doença que mais acomete pessoas idosas, atrás apenas da osteoporose, sua prevalência aumenta com o passar da idade, sendo mais comum em homens que em mulheres (Waldron, 2009). “A prevalência de Doença de Paget está fortemente associada à idade e após os 50 anos a prevalência dobra a cada década” (Rousière et al., 2003 apud Brickley & Ives, 2008). Alguns estudos arqueológicos e antropológicos procuram compreender sua historicidade, a origem e a diagnose da doença no Nordeste da Europa, Itália medieval e Portugal (Mays, 2010; Menéndez-Buyes & Fernández; Ribeiro; Relvado e Fernandes, 2018; Rossetti et al, 2018).

#### Considerações Finais

Foi observado que a relação saúde-doença não possui definição única, é carregada pela cosmovisão do homem, abrangendo sua relação com a natureza e suas relações sociais. A interpretação dos processos de saúde-doença engloba um contexto multidimensional, que envolve o corpo biológico, a relação com o meio, a natureza, o sobrenatural, a esfera psicossocial e até fatores socioeconômicos. É difícil – senão muito complexo – delimitar as fronteiras entre a saúde e a doença. Levantamos essas questões sob o pretexto de refletir o quanto tentamos aplicar a nossa visão pessoal (e social) na leitura do que é a relação saúde-doença para os outros, em especial para populações pré-históricas, foco do nosso trabalho.

No que se refere às doenças que se desenvolvem caracteristicamente com a idade avançada, observamos que não é incomum a análise das doenças associadas à senilidade sob uma perspectiva patologizante, tal como acontece na nossa sociedade atual, com a medicalização da experiência fisiológica do envelhecimento. Não seriam estas, em alguns casos, o próprio conceito daquilo que é o normal? Não podemos esquecer da conjuntura que usamos para referenciar esses contextos. O que é patológico segundo a nossa visão pode ter sido o normal do outro e vice-versa.

A presença das doenças citadas e os métodos utilizados pelos autores em suas obras de referência podem contribuir com uma perspectiva voltada à compreensão do processo da longevidade dos indivíduos e como estes eram tratados no seu meio social. Porém, torna-se necessária a adoção de uma abordagem bem definida, problemas de pesquisa sobre o envelhecimento na Arqueologia bem estruturados e métodos de diagnose com mínima fiabilidade, para que não possamos cair no erro de diagnosticar um indivíduo como doente - e fazer inferências sobre a suposta patologia naquele que, na realidade, apenas apresenta sinais deletérios e inerentes ao processo de envelhecimento de todos os seres. Os estudos sobre indivíduos envelhecidos não só nos proporcionam informações sobre a sua posição dentro da própria sociedade, como também nos permitem comparar a expectativa de vida de diversos grupos entre si e compreender as divergências que havia nesse aspecto e no lidar com o envelhecimento entre uns e outros.

Portanto, os termos e conceitos biomédicos funcionam para adequar a construção discursiva na produção do conhecimento na Arqueologia da doença. Entretanto, concepções modernas de doença, processo saúde-doença e correlatos, muito direcionados ao modo de vida das populações modernas, dos subsistemas socioculturais e econômicos absolutamente modernos, podem não ser suficientes para compor a interpretação das doenças nas suas instâncias biológicas e culturais dentro da perspectiva arqueológica.

## Referência

- ARKING, R. 2008. *Biologia do Envelhecimento: observações e princípios*. Tradução Iulo Feliciano Afonso, Francisco A. Moura Duarte. Ribeirão Preto: FUNPEC - Editora.
- AUFDERHEIDE, A. C., & RODRÍGUEZ-MARTÍN, C. 2006. *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BARROS, J. A. C. 2002. Pensando o Modelo Saúde-Doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- BASTOS, R. L. 2018. O universo da religiosidade terapêutica e das novas apropriações/construções acerca do corpo nos rituais de cura. *Revista FECAF de Estudos Acadêmicos e Científicos* (Ano 1, n.1, pp. 21-32), Taboão da Serra: Faculdade Capital Federal – FECAF.
- BATISTELLA, C. E. C. 2007. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. Recuperado em 04 de março.



- BIRREN, J. E. & SCHROOTS, J. J. F. 1996. History, concepts and theory in the psychology of aging. In Birren, J. E. & K. W. Schaie (Orgs.) *Handbook of the Psychology of aging* (4th ed., pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- BRICKLEY, M., & Ives, R. 2008. *The Bioarchaeology of Metabolic Bone Disease*. Oxford: Academic Press, Elsevier.
- CANCELA, D. M. G. 2007. *O processo de envelhecimento*. Porto: Edições Lusíadas.
- CANGUILHEM, G. 2011. *O normal e o patológico* (7a ed). rev. Trad. Maria Thereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CAPRARA, A. 2003. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*, 19(4), 923-931.
- CASTRO, C. M. V. 2007. *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde), Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- COSTA SANTOS, S. S. 2010. Concepções teórico-filosóficas sobre o envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontológica. *Revista brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1035-1039.
- DUARTE, L. R. S. 1999. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 2, pp. 35-47. Porto Alegre: UFRGS.
- DUNNELL, R. C. 2006. *Classificação em Arqueologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. 1990. Producing health, consuming health care. *Soc. Sci. Med.* 31(12), pp. 1347-1363.
- FECHINE, B. R. A., & TROMPIERI, N. 2012. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional* 1(7), (20a ed.), 106-132.
- FLECK, E. C. D. 2005. Sobre feitiços e ritos: Enfermidade e cura nas reduções jesuítico-guaranis (século 17). *Varia História*, 21(33), 163-185.
- FOUCAULT, M. 1977. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- GLEYSE, J. 2018. *A instrumentalização do corpo*. São Paulo: LiberArs.
- LAPLANTINE, F. 2016. *Antropologia da Doença*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- MAYS, S. 2010. Archaeological skeletons support a northwest european origin for Paget's disease of bone. *Journal of Bone and Mineral Research*, 25, 1839-1841.
- MENÉNDEZ-BUEYES, L. R., & FERNÁNDEZ, M. C. S. 2017. Paget's disease of bone: approach to its historical origins. *Reumatologia Clínica*, 13(2), 66-72.
- MINOIS, G. 1989. *History of Old Age: from Antiquity to the Renaissance*. Oxford: Polity Press.

OLIVEIRA, M. A. C., & EGRY, E. Y. 2000. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), São Paulo.

ORTNER, D. J., & PUTSCHAR, W. G. J. 1981. *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*. Smithsonian Contributions to Anthropology (28), Washington: Smithsonian Institution Press.

PAPALÉO NETTO, M. 2017. Estudo da Velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In Freitas, E. V. de. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (4a ed, pp. 103-125). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

RABELLO, M. C. M. 1994. *Religião, Ritual e Cura. Saúde e doença: uma visão Antropológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

REVEL, J. 2005. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz.

RIBEIRO, C., RELVADO, C., & FERNANDES, T. 2018. Um possível caso de doença óssea de Paget na coleção de esqueletos identificados de Évora, Portugal (século XX). *Antropologia Portuguesa* (35), 97-113.

ROBERTS, C., & MANCHESTER, K. 2010. *The archaeology of disease* (3rd ed.) Cheltenham: The History Press.

ROCHA, C. C. 2005. *Adoecer e Curar: Processos da Sociabilidade Kaingang*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

ROGERS, J., & WALDRON, T. 1995. *A Field Guide to Joint Disease in Archaeology*. New York: John Wiley & Sons.

ROSSETTI, C., PASQUINELLI, L., VERZELETTI, A., ARMOCIDA, G., LICATA, M., & FULCHERI, E. 2018. A case of Paget from a Northern Italy medieval necropolis. *International Journal of Paleopathology*, 20, 104- 107.

SCHRAMM, F. R., & CASTIEL, L. D. 1992. Health/disease process and complexity in epidemiology. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (4), pp. 379-390.

TEIXEIRA. I. N. D'A. O. & GUARIENTO, M. E. 2010. *Biologia do Envelhecimento: Teorias, mecanismos e perspectivas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2845-2857.

VASCONCELOS, F. H., & FREITAS, J. C. 2012. *Filosofia e Saúde: As enfermidades do Homem em Hipócrates e Platão*. *Revista Cereus*, 4(1), UnirG, Gurupi, TO, Brasil.

VIDILLE, W. 2006. Xamãs e os espíritos ancestrais. *Psychê*, X(19), 47-64: São Paulo.

WALDRON, T. 2009. *Paleopathology: The Cambridge Manual in Archaeology*. New York: Cambridge University Press.