

**GRUPO DE ESTUDOS SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO NA  
PERSPECTIVA DA TOTALIDADE SOCIAL - IX CICLO / ANO XI**



**VELHICE NÃO É DOENÇA:**

**RESULTADO DA CONSULTA À MEMÓRIA DAS ASSEMBLEIAS MUNDIAIS  
PARA O ENVELHECIMENTO HUMANO (AME) E DAS CONFERÊNCIAS  
REGIONAIS INTERGOVERNAMENTAIS SOBRE ENVELHECIMENTO E  
DIREITOS DO IDOSO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CRIDIALC)**

**AUTORIA**

Denilton Nascimento Gomes da Silva

Fabianni Meneses Costa

Fabíola Laporte de Alencar Trindade

Fernanda Tavares Arruda

Iara Maria Pereira de Brito

Jonorete de Carvalho Benedito

Josefa Conceição dos S. Inácio de Melo

Karina Lúcia da S. Antunes do Rêgo

Larissa Santos de Souza

Luana de Andrade Coêlho

Maria de Fátima de Oliveira Falcão

Mariene Ferreira Costa de Albuquerque

Náiade Melo Costa

Nayara de Holanda Vieira

Priscylla de Freitas Cavalcante

Rosely Fabrícia de Melo Arantes

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

Sémares Genuino Vieira

Tatiana Lins Carvalho

Thargelia Gilda de Miranda Cousseiro Neta

Vanessa Paloma de Lima Silva

**SISTEMATIZAÇÃO**

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

**REVISÃO DO CONTEÚDO**

Fabíola Laporte de Alencar Trindade

Fabia Maria de Lima

Jéssica Alline de Melo e Silva

Jonorete de Carvalho Benedito

Priscylla de Freitas Cavalcante

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

Sémares Genuino Vieira

**COORDENAÇÃO DO GEEHPTS – IX CICLO – ANO XI**

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva (Coordenação-geral)

Ana Maria Gomes dos Santos

Fabíola Laporte de Alencar Trindade

Fernanda Tavares Arruda

Jéssica Alline de Melo e Silva

Jonorete de Carvalho Benedito

Priscylla de Freitas Cavalcante

Sémares Genuino Vieira

**REVISÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL**

Sidney Wanderley Lopes Lima

**FOTO DA CAPA:**

Foto do casal Paula Frascinete de Oliveira Campelo (76 anos) e Geraldo Valdemir de Barros Campelo (84 anos), autorizada para a publicação neste documento.

**CRÉDITOS DA FOTO**

Gabriela Campelo de Moraes

**DIAGRAMAÇÃO**

Vanessa Campelo Souza

## APRESENTAÇÃO

O Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS) foi criado em 2010, no âmbito do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da Universidade de Pernambuco, vinculado ao Núcleo de Articulação e Atenção Integral à Saúde e Cidadania da Pessoa Idosa (Naisci). Mesmo durante o período de exigência de distanciamento físico, em razão da pandemia da Covid-19, não parou as suas atividades (que passaram a ser virtualizadas), comprometidas com a defesa intransigente da vida do segmento idoso das nossas populações.

Como o próprio nome sugere, o GEEHPTS atua de modo a estudar, pesquisar e orientar a atenção às pessoas idosas numa perspectiva que reivindica como ponto de partida as relações sociais de produção e reprodução da vida na sociedade moderna, regida pelo sistema do capital, fundado na opressão, na exploração e na dominação. Mesmo nesse tempo tão difícil de viver, não perdemos de foco que o conhecimento é uma mediação para o enfrentamento e a superação da ordem vigente.

Como se não bastasse a pandemia da Covid-19 e a dura realidade no Brasil, em razão das desigualdades sociais que assolam milhões de brasileiros/as, incidindo diretamente nos seus processos de envelhecimento, ainda vivenciamos a trágica gestão do Governo Federal perante as necessidades sociais e de saúde de vastos segmentos das nossas populações. Foi em meio a todo esse contexto que nos deparamos com a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de, na 11ª revisão da Classificação Internacional da Doença (CID), mediante o código MG2A, associar a velhice à senilidade.

Diante desse novo desafio, o GEEHPTS, em sua reunião virtualizada na noite de 12 de julho do corrente, deliberou pela construção de um documento que manifestasse o posicionamento de seus membros contra a proposta da OMS e na defesa de que VELHICE NÃO É DOENÇA. Foram, desde então, cinco meses de estudos, discussões, seminários, produção das versões, leituras coletivas, ajustes e finalização do documento que consistiu numa imanente consulta à memória das Assembleias Mundiais para o Envelhecimento Humano (AME) e das Conferências Regionais Intergovernamentais sobre Envelhecimento e Direitos do Idoso na América Latina e Caribe (CRIEDIALC).

## NOTAS INTRODUTÓRIAS

A Velhice NÃO é doença. Eis o nosso ponto de vista, Concordamos com Eneida Haddad (2016) em suas reflexões por considerar que, na sociedade moderna, a produção de valores, ideias, princípios e doutrinas sobre a velhice é condicionada pelas relações sociais de produção e reprodução da vida, no sistema do capital. Pois, como informa em seu livro “A ideologia da velhice” (HADDAD, 2016, p. 108), “é notório que a ciência, seduzida pelo culto ao cientificismo, produza discursos fetichistas e misteriosos sobre a velhice trágica, encobrendo a realidade vivida pelo homem durante toda a sua trajetória de vida”.

Transformados em mercadoria, os trabalhadores são condenados à degradação das suas vidas, ao longo de todas as suas trajetórias. Tais representações sofrem mudanças no decurso do tempo histórico, já que, como alertou a Haddad (2016, p. 108), atenta a momentos anteriores à pandemia, estava em curso a “política da integração”, apontada como solução para a vulnerabilidade dos velhos, pois uma vez inseridos na sociedade, com “autonomia”, estariam aptos a viver o “envelhecimento ativo”.

Ainda de acordo com Haddad (1986), a ideologia da velhice tem mostrado a sua relação direta com os interesses do sistema do capital, ao camuflar a tragédia da velhice da classe trabalhadora, sem renda, sem bens, sem proteção e produzindo uma falsa ideia de se poder, pela via da vontade e do esforço individual, modificar processos que são estruturais, desiguais e geradores de exploração e opressão.

Atualmente, ignorando todas as mediações que condicionam os processos de envelhecimento de indivíduos e populações no curso de 2021, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se mobiliza para a inclusão da velhice, na Classificação Internacional da Doença em sua 11ª revisão (CID11), como senilidade. Se anteriormente a estratégia predominante era o nítido movimento de desresponsabilização estatal, delegando, pela via do familismo, a proteção social dos idosos às famílias e à sociedade civil, atualmente o movimento da OMS preconiza a invisibilidade das complexas demandas dos diferentes e desiguais processos de envelhecimento populacionais. Ao final, tudo será transfigurado em doença. Apesar de ser funcional à sociabilidade capitalista, trata-se de uma proposição evidentemente contraditória, uma vez que parecia ser um consenso, entre os que personificam a GerontoGeriatría, a dissociação entre velhice e doença.

Assim depõe o ex presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG):

Apesar de a pessoa idosa ter estatisticamente mais doenças e cicatrizes de doenças anteriores do que as pessoas mais jovens, velhice não é doença. Na verdade, a velhice, com suas características biológicas específicas, é um momento da vida como os outros, que pode ou não ter uma ou mais doenças associadas, mas isto não é necessário. O envelhecimento imprime aos indivíduos alterações naturais cujo conhecimento é necessário para diferenciar-se o envelhecimento fisiológico do patológico. (Angulo, 1979 apud Haddad, 2016, p. 73).

Nesse caminho das nossas reflexões, para a produção deste escrito consideramos que: (1) Processos de adoecimento ocorrem em todo o curso da vida humana, portanto, não é um dado exclusivo da velhice; (2) A associação entre velhice e doença, conforme preconiza o CID 11, código MG2A, será um retrocesso na forma como pensamos, sentimos e agimos em relação ao envelhecimento e corresponde a considerar a saúde como a ausência da velhice; (3) Implica ignorar processos fisiológicos naturais do ser humano, assumindo o risco de banalizar o diagnóstico de morte por velhice; (4) Prejudicará os diagnósticos das doenças que fornecem indicadores para compor dados estatísticos, não retratando a realidade, com sérios reflexos para o planejamento de políticas públicas destinadas ao segmento idoso; (5) Poderá motivar a acomodação dos profissionais da saúde no sentido de não investigar e tampouco valorizar os sintomas e queixas apresentados por uma pessoa idosa, resultando na ausência de diagnósticos e tratamentos adequados para o referido segmento populacional; (6) Trata-se de um verdadeiro retrocesso, que acentua mundialmente os preconceitos em relação à velhice, traduzidos em estigmas que afetarão negativamente a saúde psicossocial das pessoas idosas; (7) Intensificará o ageísmo, na perspectiva da disseminação do estigma da velhice, ao patologizar o processo de envelhecimento humano; (8) Haverá cada vez mais pressão do mercado, por parte da indústria farmacêutica e estética, a fim de disseminar produtos e terapias antienvelhecimento, preconizando a medicalização da velhice; (9) Ocasionará sérios problemas em relação ao acesso das pessoas idosas à rede suplementar de saúde, tendo em vista o fortalecimento do discurso de serem usuários onerosos, para os quais haverá a possibilidade de diferenciação com aumentos abusivos na cobrança dos valores mensais, entre outros considerando que poderíamos agregar à nossa contribuição ao debate e enfrentamento à proposta da OMS.

Destacamos ainda que (10) A codificação da velhice na CID 11 – MG2A afronta e desrespeita os tratados internacionais que defendem os direitos fundamentais das pessoas idosas e fere princípios básicos como os direitos fundamentais, direitos humanos, direitos civis e todos aqueles que compõem o princípio constitucional da dignidade humana, mediante conquistas civilizatórias.

## **CONSULTA À MEMÓRIA DAS ASSEMBLEIAS MUNDIAIS PARA O ENVELHECIMENTO HUMANO (AME) E DAS CONFERÊNCIAS REGIONAIS INTERGOVERNAMENTAIS SOBRE ENVELHECIMENTO E DIREITOS DO IDOSO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CRIEDIALC): resultados e reflexões**

Nesse contexto, diante dos vários movimentos de enfrentamento à proposta da OMS que surgiram no Brasil e na América Latina, entre os quais destacamos os encontros virtualizados promovidos pelo Dr. Alexandre Kalache, tomamos a decisão de fundamentar a nossa contribuição a partir da consulta à memória das Assembleias Mundiais para o Envelhecimento Humano (AME), realizadas em Viena (1982) e Madri (2002), bem como das Conferências Regionais Intergovernamentais sobre Envelhecimento e Direitos do Idoso na América Latina e Caribe (CRIEDIALC), realizadas no Chile (2003 e 2020), Brasil (2007), Costa Rica (2012) e Paraguai (2017).

Os motivos principais pelos quais resolvemos visitar esses Planos, Declarações e Cartas provenientes dos encontros internacionais consistem, primeiramente, em respeitarmos o que foi deliberado pelos diversos sujeitos que produziram coletivamente esses documentos e ao fato de precisarmos entender de onde surgiu essa proposta, sem perder de vista a memória das duas AMEs e das cinco CRIEDIALCs.

Vejamos, então, o que devemos lembrar a partir da documentação proveniente desses encontros que merecem todo o nosso respeito.

### **1. Considerações sobre a nossa pesquisa e reflexões sobre a memória da I AME**

A partir da década de 1980, visualizamos a discussão acerca da velhice por organismos internacionais, quando é demandada na agenda da política mundial a preocupação com o envelhecimento de segmentos específicos. A realização da 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME), em 1982, em Viena, na Áustria,

teve como um dos seus objetivos “Fomentar a compreensão nacional e internacional das consequências econômicas, sociais e culturais que o envelhecimento da população tem no processo de desenvolvimento” (ONU, 1982).

A consulta ao Plano de Ação de Viena – 1ª AME nos traz alguns indicativos para a associação da velhice à doença e nos leva a compreender que há algumas contradições nas recomendações ao se inferir que os estados patológicos tornam-se mais frequentes com o avanço da idade, ao tempo que afirmam que “a investigação e a experiência prática têm demonstrado que é possível manter a saúde dos idosos, e que as doenças não precisam ser componentes essenciais do envelhecimento” (ONU, 1982, p. 8). Do mesmo modo, são indicados no documento o diagnóstico precoce e o tratamento como medidas preventivas para reduzir as incapacidades e doenças do envelhecimento, o que nos leva a compreender a prática da medicalização, que corrobora a lógica da velhice como doença.

## **2. Considerações sobre a nossa pesquisa e reflexões sobre a memória da II AME**

Em 2002, durante a Segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento, ocorrida em Madri, a OMS elaborou um documento que sistematiza as linhas gerais para um “envelhecimento ativo: uma política de saúde”, versando sobre o envelhecimento ativo como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005, p. 13).

Ao analisarmos o conteúdo desse documento, observamos algumas contradições, entre elas a precariedade de acesso à saúde, porém, responsabilizando o idoso por manter hábitos saudáveis com o objetivo de envelhecer de forma ativa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005, p. 13).

A esse respeito mencionamos Haddad (2016, p. 14), quando afirma que: “Ao lado do modo pelo qual a velhice deve ser vivida, segundo os paradigmas propostos aos velhos brasileiros, há os modos de se poder vivê-la”. A autora refere que os gerontólogos, que tiveram papel importante nas duas Assembleias Mundiais organizadas pela ONU, eram porta-vozes das instituições internacionais e que as determinações do capital na produção da velhice foram omitidas.

Embora o teor do referido documento proponha a maior participação das pessoas idosas e da sociedade no conjunto das políticas públicas voltadas para o aumento da



qualidade de vida dessa população, ele homogeneíza esse grupo populacional, como se a velhice fosse vivenciada da mesma forma por todas as pessoas que envelhecem, e como se o conjunto de velhos (e velhas) do país apresentasse as mesmas demandas em termos de necessidades sociais e compartilhasse as mesmas experiências e acessos.

Destacamos, enfim, que não observamos no documento intitulado Envelhecimento ativo: uma política de saúde uma explícita e direta associação entre envelhecimento e doença. Contudo, nitidamente, o resultado das discussões ocorridas em Madri propõe uma receita a ser seguida por todo o segmento. Caso o resultado não seja um envelhecimento bem-sucedido, a responsabilidade é individual.

### **3. Estratégia Regional de Implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento**

Fruto da 1ª Conferência Regional Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e Caribe, ocorrida em Santiago do Chile em 2003, acerca desse documento, devemos considerar:

(i) que o processo de envelhecimento, mesmo sendo generalizado, ocorre de forma diferenciada em cada país, necessitando de prioridades diferenciadas para cada realidade; (ii) a heterogeneidade, “determinada por diferenças de idade, gênero, status socioeconômico, etnia, status migratório ou de deslocamento, residência urbana ou rural, entre outros” (CEPAL, 2003, p. 2), é fator que compromete a qualidade de vida e a inclusão da pessoa idosa; (iii) a necessidade de se compreender o envelhecimento como “um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida e, portanto, exige que se considerem os efeitos na velhice das ações realizadas nos estágios anteriores” (CEPAL, 2003, p. 2); (iv) que a saúde na velhice é o resultado da maneira como a pessoa viveu ao longo da vida, bem como recomenda que haja uma “melhor prestação de serviços de saúde para pessoas idosas pobres, indígenas e rurais, adotando as medidas necessárias para lhes garantir um acesso sem discriminação e levando em consideração seus padrões culturais” (CEPAL, 2003, p. 8), permitindo-lhes um envelhecer com dignidade e qualidade de vida, com a preservação das suas funcionalidades e autonomia.

Diante de tais pressupostos pode-se afirmar que o documento intitulado **Estratégia Regional de Implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento** não traz nenhum indício no

sentido de considerar a velhice como doença. Ao contrário, em todos os seus objetivos e recomendações, o que se observa é a preocupação com que o Estado assumira seu “papel” de fomentar estratégias, através de políticas públicas, que considerem “as várias velhices” decorrentes das condições de inserção no trabalho, da etnia, de raça, da localidade e da mobilidade. E ainda explicita a urgência para a implantação e/ou implementação de medidas que visem à segurança econômica, à participação social e à educação com o objetivo de se promover a “satisfação das necessidades básicas das pessoas idosas e sua plena inclusão na sociedade” (CEPAL, 2003, p. 4).

Em síntese, o documento busca, com sua finalidade, seus objetivos e suas recomendações, propor que o Estado efetive estratégias para um envelhecimento da população latino-americana e caribenha, ativo, saudável, tendo sua heterogeneidade respeitada; em nenhum momento deixa explícito ou subjacente que envelhecer é sinônimo de adoecimento.

#### **4. Declaração de Brasília sobre Envelhecimento**

A segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe, intitulada “Uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos”, foi realizada em Brasília, entre os dias 4 e 6 de dezembro de 2007, com o objetivo de “elucidar os avanços na implementação da Estratégia Regional para a América Latina e o Caribe, e do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (Madri/2002)”. Os temas abordados durante a II CRIEDIALC basearam-se nesses dois instrumentos (CEPAL, 2007a).

Proveniente dessa II CRIEDIALC, a Declaração de Brasília (CEPAL, 2007b) sobre Envelhecimento recomenda a importância do olhar diferenciado para o processo de envelhecimento da população idosa, abordando a proteção social fundamentada nas pautas dos direitos humanos, relações internacionais, saúde, educação (estudos e pesquisas), trabalho, acessibilidade, moradia, migrações e pensões (previdência social).

Percebe-se também, com base nas informações da Declaração, que alguns países da América Latina e o Caribe avançaram na implantação e implementação de políticas públicas, legislações, programas, projetos, planos e serviços para melhorar as condições de vida das pessoas idosas, respeitando a pluralidade regional.

Na consulta feita ao referido documento, ressaltamos que os conteúdos apresentados nessa Conferência não evidenciaram, em nenhum momento, a associação da velhice à doença. Ao contrário, a Declaração de Brasília sobre Envelhecimento endossa que na fase da velhice o indivíduo segue o seu processo de envelhecimento mediado e diferenciado por sua inserção numa estrutura de classes sociais e condições de acesso e oportunidades. Esta Conferência reafirma o compromisso expresso nas recomendações contidas na Declaração de Brasília: de não poupar esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais da população idosa; de trabalhar no enfrentamento de todas as formas de preconceito, discriminação e violência; e de criar redes de promoção, proteção e reabilitação para a assistência integral às pessoas idosas.

## **5. Carta de São José sobre os direitos das pessoas idosas da América Latina e do Caribe**

A terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe aconteceu em São José da Costa Rica, no período de 8 a 11 de maio de 2012.

Os principais temas abordados nessa Carta foram Segurança Social, Saúde e Serviços Sociais. A discussão girou em torno de um consenso e comprometimento entre países latino-americanos na busca da proteção integral dos direitos sociais para as pessoas da maioria (CEPAL, 2012).

Nessa Conferência, as autoridades presentes advogaram que as pessoas idosas demandam atenção especial do Estado e que a idade tem sido um motivo explícito e simbólico de discriminação que afeta o exercício de todos os direitos humanos na velhice. Os países ali representados reconheceram a necessidade de adotar medidas que ampliem de maneira progressiva a cobertura e a qualidade dos sistemas de proteção social para o segmento idoso. Estavam inclusos nessa proteção os serviços sociais, de saúde e ações que reforcem a proteção dos direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas, sem nenhum tipo de discriminação.

Segundo consta na Carta de São José, é preciso “Garantir a proteção especial das pessoas idosas que, por sua identidade de gênero, orientação sexual, estado de saúde ou

deficiência, religião, origem étnica, situação de rua ou outras condições de vulnerabilidade, correm maior perigo de ser maltratadas” (CEPAL, 2012, p. 11, grifos nossos). Do nosso ponto de vista, nesse trecho da Carta, o “estado de saúde” é considerado como uma condição de vulnerabilidade social, mas não há a defesa de que toda pessoa idosa apresente enfermidades fisiopatológicas, ou ainda, que envelhecer significa naturalmente tornar-se enfermo ao longo desse processo.

## **6. Declaração de Assunção Construindo Sociedades Inclusivas: Envelhecimento com Dignidade e Direitos**

A quarta Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos dos Idosos na América Latina e Caribe foi realizada no Paraguai entre os dias 27 e 30 de junho de 2017.

Na Declaração de Assunção, consta a aprovação de 22 pontos que reforçam o compromisso dos países com o direito ao envelhecimento digno e de qualidade para todos os idosos independentemente de classe social.

Concernente ao ponto que responde diretamente a um dos nossos objetivos para a construção deste escrito, destacamos o número 8, onde podemos ler:

Ressaltamos que a velhice é um momento do curso de vida natural do ser humano que implica uma experiência plena na dimensão biopsicossocial e que deve ser sustentada com um enfoque de direitos, motivo pelo qual é necessário gerar ambientes saudáveis, acessíveis e propícios para que as pessoas envelheçam em um lugar adequado, que favoreça o desenvolvimento de suas atividades. (CEPAL, 2017, p. 2).

Devemos, portanto, observar que não há associação entre velhice e doença. Há, sim, o encaminhamento no sentido da garantia de direitos para que as pessoas envelheçam e vivenciem a velhice com dignidade, conforme preconiza o nosso Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

## **7. Relatório do diálogo virtual “Desafios na proteção do idoso e seus direitos contra a pandemia da Covid-19”**

Durante a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos do Idoso na América Latina e Caribe, realizada no Chile, em 8 de outubro de 2020, lideranças, acadêmicos e organizações da sociedade civil de diversos países

expuseram preocupações com as repercussões da pandemia para o segmento idoso, apontando também estratégias para minimizar tais impactos.

Os direitos das pessoas idosas foram vistos como uma questão prioritária por considerar as contribuições dos idosos a toda a sociedade, chamando atenção para as oportunidades e desafios do envelhecimento no mundo de hoje, particularmente no atual contexto da crise de saúde. Uma das questões norteadoras do evento foi: quais têm sido as ações que o Estado tem implementado para reduzir o potencial impacto da pandemia nos idosos e suas famílias? Foram registradas as posições de representantes do Paraguai, Costa Rica, Chile, Peru, Cuba e México.

Vale salientar que, atualmente, numa direção expressamente oposta à da Organização Mundial de Saúde – a de associar velhice à doença –, foram destacadas mensagens que reforçam a concepção ampliada de direitos das pessoas idosas, tais como:

Não podemos fugir do imperativo moral de abordar as causas estruturais que, infelizmente, estão deixando tantos idosos para trás, relegados ao seu próprio destino. Nosso olhar deve se concentrar na universalização de serviços de saúde, a expansão da proteção social e o fortalecimento da proteção nacional e internacional dos direitos humanos das pessoas idosas [...]. (CEPAL, 2020, p. 2).

Em momentos como a atual crise de saúde e a crise econômica agravada, é essencial garantir que todos os idosos, e especialmente os mais vulneráveis, tenham acesso a uma renda mínima garantida [...]. As quarentenas sanitárias e o confinamento forçado de idosos levaram a uma deterioração gradual de sua saúde física e mental. Somado ao acúmulo de doenças crônicas, eles levam à perda gradual de autonomia e limitação funcional. (CEPAL, 2020, p. 3).

Ao final da Conferência, restou como conclusão a necessidade de repensar diversas ações a fim de reforçar a proteção à população idosa, uma vez que a pandemia expôs fraquezas e fragilidades dos sistemas de proteção social, agravando ainda mais as desigualdades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das nossas consultas e de todo o processo de discussão sobre a proposta da OMS a respeito da Classificação Internacional da Doença – CID11, incluindo o código “MG2A”, diagnosticando “velhice” em substituição à “senilidade”, e que poderá entrar em vigor em janeiro de 2022, defendemos de maneira intransigente que a VELHICE NÃO É DOENÇA.

As condições objetivas e subjetivas da classe trabalhadora definem a sua velhice, pois a pobreza gera para o trabalhador assalariado escassez de bens e recursos necessários à vida, culminando numa “velhice trágica”, pauperizada, estigmatizada e senil. É nesse sentido que Simone de Beauvoir (1970, p. 100) afirma que “os velhos poderiam esperar sobreviver se conservassem sua força de trabalho. Mas se foram mal alimentados, malcuidados, se estão gastos pelo trabalho, ficam incapazes cedo: aqui também se estabelece muitas vezes um círculo vicioso, nefasto para eles”.

Diante do que foi exposto, visitando os conteúdos produzidos a partir dos encontros internacionais, mais uma vez asseveramos que “velhice não é doença” . Seguimos sem entender de onde surgiu essa proposta, embora tenhamos a plena noção dos interesses que permeiam o movimento de tornar senil um processo constitucional do curso de vida humana, atendendo a apelos mercadológicos, típicos do sistema do capital.

Trata-se, como está tão bem colocado nos documentos consultados, principalmente naqueles produzidos pelos que pisam no chão da América Latina e do Caribe, de uma fase natural do processo de desenvolvimento humano, demandando, ao longo envelhecimento, o acesso às políticas públicas que visem à promoção, recuperação e proteção da saúde, sem recair na responsabilização e/ou culpabilização das pessoas idosas e das suas famílias (quando há família). Cabe, portanto, ao Estado, em suas três esferas, promover condições de afirmação do direito à saúde e, principalmente, do direito a uma vida livre de exploração e desigualdade!

Finalmente, diante de toda a nossa argumentação, solicitamos que a OMS reconsidere a Classificação Internacional da Doença – CID11, abolindo o código “MG2A”, que diagnosticará “velhice” em substituição à “senilidade”, e ratifique o pacto estabelecido na resolução de dezembro de 2020, alusivo à década do envelhecimento saudável (2021 a 2030), em consonância com a declaração em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU).

1

A velhice, do nosso ponto de vista, é uma das fases do curso da vida que, se alcançada, configura-se como uma conquista social.

## REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. A velhice. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018. 599 p. Tradução de: Maria Helena Franco Martins.

BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. 5. reimpressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.  
BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 28 fev. 2020.

CEPAL. Relatório do diálogo virtual “Desafios na proteção do idoso e seus direitos contra a pandemia Covid-19”. Nações Unidas, 2020. Acesso em: 4 ago. 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/52304>

CEPAL. DECLARAÇÃO DE ASSUNÇÃO. Nações Unidas, 2017. Acesso em: 9 set. 2021. Disponível em: [https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/declaracao\\_de\\_assuncao.pdf](https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/declaracao_de_assuncao.pdf)

CEPAL. Carta de São José sobre os direitos das pessoas idosas da América Latina e do Caribe. Nações Unidas, 2012. Acesso em: 8 ago. 2021. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21660/1/S2012839\\_pt.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21660/1/S2012839_pt.pdf)

CEPAL. Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe. Nações Unidas, 2007a. Acesso em: 31 ago. 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/40478>.

CEPAL. Declaração de Brasília sobre Envelhecimento. Brasília: Cepal, dez. 2007b.

CEPAL. Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. Chile, 2003. Disponível em: <https://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/final-dsc-1-espanol.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez, 1986.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez Editora, 2016, 2. ed. 206 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Viena 1982. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html>. Acesso em: 24 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 31 jul. 2021.