

VELHICE NÃO É DOENÇA: a inclusão e a posterior retirada do código MG2A da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID-11)

Vanessa Biscardi Matos¹
Tayana Candido²
Gislaine Alves de Souza³

RESUMO

Este artigo de opinião parte da tese de que velhice não é doença e objetiva refletir sobre o processo de patologização do envelhecer com sua inserção na CID-11 a partir da observação da trajetória de proposição e efetiva inclusão do código MG2A para catalogar a velhice na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), bem como de sua posterior retirada após mobilização e resistência social. Os argumentos para compreensão desta tese estão organizados em quatro subseções, quais sejam (2.1) Histórico de classificação de morbidades e mortalidade; (2.2) O direito a envelhecer; (2.3) A distinção de velhice e doença à luz de Simone de Beauvoir e (2.4) “Velhice não é doença”: aspectos atuais sobre essa reflexão. A partir de tais argumentos, consideramos que a catalogação de velhice como doença é incoerente com os marcos históricos de graduais avanços na tomada de consciência do processo de envelhecimento, bem como reforça e contribui para manutenção e crescimento do ageísmo, preconceito e discriminação contra a pessoa idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento. Classificação Internacional de Doenças. Saúde da Pessoa Idosa.

1 INTRODUÇÃO

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) é uma ferramenta organizada sistematicamente e revisada periodicamente para favorecer a compreensão da realidade e facilitar uma comunicação compartilhada internacionalmente quanto à incidência de doenças e morte na população (LAURENTI, 1991). A CID é atualizada a cada aproximadamente três anos e recebe revisões aprofundadas a cada 10 a 15 anos a fim de adaptar-se ao conhecimento histórico, o que leva a modificações de termos e classificações de tempos em tempos. Foi neste contexto que a previsão de substituição da CID-10 de 1989 pela CID-11 em 2022 desencadeou alguns debates (CANO-GUTIERREZ et al., 2021) como, por exemplo, acerca da substituição do termo senilidade (R54 na CID-10) por velhice (MG2A na CID-11).

A classificação da doença, ou seja, seu agrupamento por características comuns, é fundamentada na necessidade de análise da morbidade e mortalidade, descrição da nosografia (causa, patogênese e natureza, compilando sinais e sintomas que recebem a mesma nomenclatura em todo o mundo), de forma a facilitar a comunicação e o conhecimento da nosologia (classificação dos problemas de saúde e de como distribuem-se na população). Desse modo, a classificação de doenças é considerada um importante recurso epidemiológico para prevenção de

¹ Psicóloga, especialista em saúde da pessoa idosa e mestre em estudos Psicanalíticos pela UFMG. vanessabiscardi.psi@gmail.com

² Psicóloga pelo Centro Universo-BH. tayanacl@gmail.com

³ Psicóloga, especialista em saúde da pessoa idosa, mestre e doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Psicologia no Centro Universo BH. gislaine.as@gmail.com

agravos e para obter informações de saúde, apesar de ainda não contemplar variáveis sociais (LAURENTI, 1991). Nesse sentido, demandas políticas, culturais, científicas e religiosas requerem atualização contínua da CID para que possam refletir avanços da saúde, da ciência e da sociedade (GALVÃO, RICARTE, 2021).

Em 2021, a CID-11 atualizou a CID-10 que estava vigente desde 1992 como recurso para identificar tendências e estatísticas de saúde, com cerca de 55 mil códigos para lesões, doenças e causas de mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Nessa atualização foi proposta a inclusão do código MG2A para catalogação da velhice. Os argumentos favoráveis ao código Velhice na CID-11 sustentam que o registro das causas de morte objetiva fornecer informações para organização dos sistemas de saúde, sendo as causas mais recorrentes alvos prioritários de intervenção. Porém, essa catalogação foi revisada e revertida por meio de movimentos de resistência fundamentados na contextualização de que o processo de envelhecimento é vivido por cada indivíduo de forma complexa, heterogênea e multifatorial, envolvendo a interação de diferentes aspectos biopsicossociais, sob as condições culturais, históricas, políticas, econômicas e geográficas (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008).

No Brasil, a CID é utilizada nos sistemas informacionais nacionais conforme a obrigatoriedade prevista pela Portaria 1832/94 como base de informações de mortalidade, bem como pela Portaria 1311/97 para informações de morbidade (LAURENTI et al., 2013). Iniciou no país, um movimento social articulou forças e vozes para denunciar que “Velhice não é doença” solicitando revisão do código “Velhice” na CID-11⁴. O médico epidemiologista Alexandre Kalache, presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil e também da Aliança Global de Centros Internacionais da Longevidade, foi um dos articuladores do movimento que uniu a sociedade civil e, por meio de suas conexões, conseguiu mobilizar apoio dentro e fora do país (MOROSINI, 2022).

A partir da observação desta trajetória de proposição e efetiva inclusão do código MG2A para catalogar a velhice na Classificação Internacional de Doenças, bem como de sua posterior retirada após mobilização e resistência social, este artigo de opinião parte da tese de que velhice não é doença e objetiva refletir sobre o processo de patologização do envelhecer com sua inserção na CID-11.

2 DESENVOLVIMENTO

Os argumentos para compreensão da tese de que Velhice não é doença estão organizados em quatro subseções: (2.1) Histórico de classificação de morbidades e mortalidade; (2.2) O direito a envelhecer; (2.3) A distinção de velhice e doença à luz de Simone de Beauvoir e (2.4) “Velhice não é doença”: aspectos atuais sobre essa reflexão.

2.1 Histórico de classificação de morbidades e mortalidade

O movimento de classificação de doenças é uma ação muito antiga na história da humanidade e, com o passar dos anos, se tornou muito extensa. A nosografia como entendida atualmente, tem registros no século XVII (1662) com John Graunt analisando a mortalidade de Londres segundo variáveis como sexo, idade e motivos que causaram a morte (ou sinais que a precederam). Essa lista resultou em 83 causas de morte. Ainda não existia uma classificação de uso

⁴A CID-11 até janeiro de 2023 ainda não encontra-se traduzida para o português. Site para consulta: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

internacional, o que dificultava a comunicação e as possibilidades de comparação. Esse interesse ganha contorno no século XIX como uma classificação de causa de morte (LAURENTI, 1991).

Uma das contribuições para o uso de uma classificação internacional e a elaboração de estatísticas de saúde foi realizada por William Farr, médico e estatístico inglês, que recomendou tal utilização no I Congresso Internacional de Estatística, realizado em Bruxelas em 1853. Em seguida, já no II Congresso Internacional de Estatística, ocorrido em 1855 em Paris, Farr e Marc d'Espine apresentaram uma lista com 138 doenças. Posteriormente, em 1900 na França, Bertillon sugeriu 161 causas de morte que foram formalmente agregadas à classificação internacional (LAURENTI, 1991)

Diferentemente, Hirsch et al. (2016) datam o histórico da CID de 1763 e relatam que Sauvages de Lacroix desenvolveu na França uma categorização de 10 classes de 2400 doenças. Todavia, concordam com a marca do I Congresso Internacional de Estatística de 1853 e elaboração da “Lista Internacional de Causas de Morte”, bem como com as contribuições de Farr e Marc d'Espine (HIRSCH et al., 2016).

Desde 1893, a Lista Internacional de Causas de Morte foi adotada pelo Instituto Internacional de Estatística (GALVÃO, RICARTE, 2021). A Classificação Internacional de Doenças como instrumento que agrupa e classifica, foi até a sua quinta edição uma classificação das causas de morte (estatística de causas de mortes) e, a partir da sexta edição, uma classificação de todas as doenças e motivos de consultas (estatística de causas de morbidade) (LAURENTI, 1991; LAURENTI et al., 2013; HIRSCH et al., 2016). As revisões decenais da Classificação foram convocadas pelo Governo Francês até a quinta versão e, a partir da sexta revisão, em 1948, passou a ser convocada pela Organização Mundial de Saúde como “Classificação Internacional de Doenças”, a qual estabelece regras e recomendações de uso, ordenando as estatísticas de cada país. Essa sexta revisão teve uma grande ampliação e contemplou também a classificação de doenças, lesões e motivos de consulta (LAURENTI, 1991; LAURENTI et al., 2013).

A CID expandiu ainda mais a partir da nona revisão, especialmente nas subcategorias, descrevendo várias especificações para uma mesma categoria/doença. Além disso, passou a ter uma dupla classificação, com um código para mortalidade e outro para morbidade. Em seguida, em sua décima revisão aprovada em 1989, quando passou a ser nomeada como Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas relacionados à Saúde, uma nova ampliação foi realizada de forma que ela passou a ser composta por 21 capítulos (LAURENTI, 1991). Quanto a tal ampliação das morbidades, Laurenti (1991) considera que ela dificultou o uso da catalogação e avalia a maioria das classificações como desnecessárias na mortalidade; que o sistema classificatório ainda não é uniforme; que o uso na atenção primária carece de discussões; que o esquema considerado “biologicista” não analisa o processo saúde-doença de modo aprofundado e desconsidera a classe social.

Acerca do formato de classificação, cada doença ou agravo é um verbete que visa auxiliar na descrição do diagnóstico, de forma que a classificação funciona agrupando doenças semelhantes segundo um eixo. Essa classificação de doenças semelhantes segundo hierarquização configura um conjunto de grupos de diagnósticos ou doenças e possibilita a análise estatística de doenças (LAURENTI, 1991; LAURENTI et al., 2013). Até a quinta revisão, configurava-se como um índice alfabético e uma lista tabular em um volume. A partir da sexta revisão, é formada por

dois volumes nomeados Manual da Classificação Estatística Internacional de doenças, agravos e morte. Na sétima revisão, a CID-9 incluiu também necessidades hospitalares e foi ampliada para três volumes, sendo dois de códigos diagnósticos e um de códigos de procedimentos que visava codificar pacientes internados em ambulatórios e consultórios (HIRSCH et al., 2016).

A partir de 2000, foram criados mecanismos (grupos, comitê e rede de consultores) para atualização e revisão da CID-10. Nela, o formato da classificação é por famílias de classificação integradas que compartilham características e podem ser utilizadas isoladamente para fornecer informações de saúde (LAURENTI et al., 2013). A CID-10 é granular, alfanumérica, sendo possível até 7 dígitos para especificar uma classificação. Os três primeiros dígitos apresentam traços comuns e os dígitos seguintes referem-se às especificidades (HIRSCH et al., 2016). Fruto de um processo de anos, a CID-10 expandiu de 17.000 códigos para aproximadamente 155.000, sendo usada em 100 países para definir causas de morte e elaborar estatísticas.

Como ferramenta terminológica, a CID classifica classes e subclasses de doenças, condições relacionadas à saúde, causas externas ou morte, possibilitando o registro, a análise, a interpretação e a comparação de dados de morbidade e mortalidade coletados em diferentes países. É empregada em 115 países como referência para assistência, gestão, ensino e pesquisa (GALVÃO, RICARTE, 2021). O formato da CID é padronizado por um código alfanumérico de uma condição, problema, diagnóstico, sintoma, sinal e etc. Cada código pertence a uma classe que está agrupada a uma família, logo, possibilita compreender o tipo e o agrupamento de determinado código pela análise do contexto em que está incluído, pois as classificações mais específicas carregam a carga das classes que estão subordinadas. Deste modo, a aplicação necessita ser analisada a cada situação, fenômeno ou objeto.

A CID-11 inclui seis novos capítulos e reformulou seus códigos alfanuméricos, possibilitando uma condição ser visualizada em mais de uma classe, e contendo 14.662 códigos que ainda não foram traduzidos para o português (GALVÃO, RICARTE, 2021). Nesse sentido, detalha-se:

“Uma segunda inovação importante é a alteração no formato dos códigos. O formato do código na CID-10 seguia um padrão LNN.N, formado por uma letra (L) referente ao capítulo, um código numérico de dois dígitos referente ao grupo (NN) e, se necessário e separado por um ponto, outro código numérico (N) específico da condição. Já a CID-11 adota o formato CLNC.CC. Tem na primeira posição um dígito ou letra (C) referente ao capítulo, uma letra (L) na segunda posição, um dígito (N) na terceira posição (para evitar a formação de palavras “estranhas” no código), outro dígito ou letra (C) e, se necessário e separado por um ponto, dois dígitos ou letras da condição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019b).” (GALVÃO, RICARTE, 2021, p.110).

“Uma das inovações da CID-11 é a proposição da pós-coordenação de forma sistemática, ou seja, é possível combinar códigos de diferentes classes desde que sejam seguidas as regras estabelecidas” (GALVÃO, RICARTE, 2021, p.112).

A cada revisão da CID podem ocorrer mudanças no perfil epidemiológico, sem que a incidência tenha sido modificada. As revisões ocorreram a cada dez anos até 1989, ocasião em que a CID-10 foi publicada. A partir dessa publicação, as atualizações foram anuais e houve um intervalo de 30 anos para a 11ª revisão. A versão digital, publicada em 2019, passou a vigorar em 2022 (ALMEIDA et al., 2020).

Dentre as justificativas para a revisão da CID-10 estão: atualização científica, formato eletrônico *online* e *offline*, adequação para aplicativos e tradução multilíngue, conveniência de conexão a outras classificações internacionais, melhorias para facilitar o seu uso, orientação aprimorada ao usuário. A revisão visava estar em sistemas informatizados e ter a participação de profissionais refletindo a particularidades regionais (ALMEIDA et al., 2020), além de migrar de uma estrutura estatística para uma classificação clínica que possibilite utilizar a estatística (GALVÃO, RICARTE, 2021).

Almeida et al. (2020) compreendem a CID como uma ferramenta essencial para a área da saúde, para a elaboração de políticas públicas, por possibilitar uma análise crítica, epidemiológica e de financiamento estratégica para assistência e prevenção. Já Laurenti e colaboradores (2013) afirmam que, apesar da CID ser adequada para base de informações, ela não é instrumento para definir incapacidade ou soluções em saúde. Diante disso, foi criada em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁵ como uma perspectiva necessária, sendo recomendado o seu uso de modo complementar, em conjunto com a CID-11.

2.2 O direito a envelhecer

Internacionalmente, a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento organizada pelas Nações Unidas foi em 1982, em Viena e contou com 124 países, entre eles o Brasil. A Assembleia Geral das Nações Unidas em 1991 adotou princípios a favor da população idosa agrupados nos temas independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade e 1999 foi declarado o ano internacional das pessoas idosas, com o lema “Sociedade para todas as idades”(ONU, 2013; CAMARANO, PASINATO, 2004).

Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 2002, foi publicado o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento. Nesse Plano, as ações prioritárias são de desenvolvimento, saúde e ambientes saudáveis, as quais incluem o compromisso de ações voltadas para o envelhecimento saudável da pessoa idosa, desenvolvimento de ambientes amigáveis as pessoas idosas, alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações mais idosas, desenvolver sistemas sustentáveis e equitativos para a prestação de cuidados de longa duração e melhorar a medição, monitoramento e pesquisa sobre Envelhecimento Saudável (ONU, 2013; CAMARANO, PASINATO, 2004). Desse modo, os Planos de Viena e de Madri são marcos da tomada de consciência do processo de envelhecimento e de onde parte a discussão acerca do envelhecimento saudável e ativo, reorientando a maneira de perceber, relacionar e apoiar a pessoa idosa, bem como a construção de uma sociedade para todas as idades (ONU, 2013; CAMARANO, PASINATO, 2004).

O envelhecimento saudável e digno é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, bem como um dever do Estado (BRASIL, 2013). No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reafirma a dignidade da pessoa humana e a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, com a redução das desigualdades sociais e preconceitos (ALMEIDA, 2005). Todavia, apesar da Constituição Brasileira de 1988 prevê a proteção social à pessoa idosa, a primeira

⁵A CIF fornece um modelo abrangente, universal e globalmente aceito para descrição da Funcionalidade, abrangendo a experiência humana nos níveis de funções e estruturas do corpo, bem como de atividades e participação no contexto do ambiente e dos fatores pessoais. Ela foi um marco teórico importante para a reabilitação. Para mais informações ver WHO (2003) e MOROSINI (2022).

Política Nacional do Idoso data de 1994, e apenas em 1999 é publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem a aplicabilidade insuficiente. Somente em 2003 é publicado o Estatuto da Pessoa Idosa, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, com garantias a essa população. Dentre os direitos da pessoa idosa estão previstos os direitos: à vida e de envelhecer; à liberdade, respeito e dignidade; à alimentos; à saúde; à educação, cultura, esporte e lazer; à exercício da atividade profissional; à previdência social; à moradia digna; à transporte; à atendimentos por ações governamentais e não governamentais; e à acesso à justiça. O Estatuto assegura direitos para as pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, e a Lei 13.466/17 dá preferência especial às pessoas idosas maiores de oitenta anos entre os demais, excetuando-se as situações de emergência (BRASIL, 2013; ALMEIDA, 2005).

Em 2006 no Pacto pela Saúde, a pessoa idosa está dentre as seis prioridades. E no mesmo ano é publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI visa recuperar, manter e promover a autonomia e independência aos indivíduos brasileiros com 60 anos ou mais, e em sua redação apresenta os desafios de garantir os direitos e acesso a essa população, bem como reafirma o compromisso brasileiro com o Plano de Madri (SANTOS et al., 2016; BRASIL, 2006; CAMARANO, PASINATO, 2004). Há um histórico de pendências para que tais conquistas das legislações estejam presentes no cotidiano das pessoas idosas brasileiras (CAMARANO, PASINATO, 2004).

Na segunda revisão do Plano de Madri, 10 anos após sua publicação, o diagnóstico foi pessimista. Avaliou-se que os avanços foram tímidos, escassos, limitados e implementados com déficits e de modo desigual (ONU, 2013). Aparentemente, as recomendações do Plano de Madri não foram significativas para os Estados membros preocuparem com o envelhecimento e com a pessoa idosa, e a inclusão do envelhecimento na Agenda Pós 2015 seria uma oportunidade de ancorar a questão do envelhecimento no centro da agenda de desenvolvimento global, especialmente em países em desenvolvimento (ONU, 2013; UNFPA, 2012). Desse modo, foi ressaltado ser importante olhar para o envelhecimento não só nos países desenvolvidos, mas também dar visibilidade e atenção à especificidade do envelhecimento nas regiões mais pobres do mundo, investir na qualidade de vida e saúde dessa população idosa, oportunizando o desenvolvimento sustentável (WILUNDA, WILLIAMS, 2015).

A demarcação cronológica das pessoas acima de 60 anos como idosas é prevista pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento (OMS, 2005). E embora seja uma definição arbitrária, já que não existe um acordo sobre a idade em que uma pessoa torna-se idosa, este é o ponto de corte comumente utilizado. Geralmente, utiliza-se a idade cronológica como equivalente à idade biológica, apesar de não serem sinônimos e haverem outras demarcações que podem ser mais realistas para determinadas regiões do mundo (OMS, 2016b). Cabe ressaltar que as propostas para definição de entrada na velhice ainda estão longe do ideal porque a mensuração de envelhecimento depende de fatores mentais, sociais, econômicos, emocionais, além de cronológicos e funcionais (OMS, 2016b; SANDERSON, SCHERBOV, 2008). Por exemplo, Sanderson e Scherbov (2008) propõem pensar o envelhecimento populacional para além da idade cronológica. Sugerem a idade prospectiva que é o número de aniversários que a pessoa ainda espera ter e consideram que essa medida afeta como as pessoas vivem, planejam o futuro, bem como o desenho de políticas públicas.

O período dedicado à velhice pode ser a maior fase da vida e cobrir mais de 30 anos. Assim, é necessário políticas diferenciadas que considerem a especificidade e heterogeneidade dessa etapa do desenvolvimento humano, que promovam a solidariedade entre as gerações, e que apresentem uma abordagem integral dos setores da saúde, educação, seguridade social, mercado de trabalho e economia (CAMARANO, PASINATO, 2004). Pois, o mundo ainda está muito longe do ideal, particularmente para pessoas idosas pobres e para grupos sociais desfavorecidos. Nesse sentido, Almeida (2005) discute que a sociedade moderna contribuiu para aumentar a expectativa de vida das pessoas idosas, mas ainda reluta em aceitá-las e em criar condições para que elas vivam com dignidade; e por vezes, culpam-nas pela própria velhice, expropriando-as de sua cidadania.

Com a transição da população, novos desafios são colocados ao desenvolvimento sustentável no âmbito do cuidado, da saúde, da proteção social e da renda, e estão interconectados com aspectos econômicos, sociais e políticos. A realização da cobertura universal de saúde precisa considerar mecanismos e princípios para o bem-estar e a proteção social da pessoa idosa, contribuindo para a realização do desenvolvimento sustentável (RIVILLAS et al., 2017). Conforme a OMS (2016a), o projeto de estratégias globais e plano de ação sobre o envelhecimento e saúde é levado para o contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na previsão de bem-estar para todos em todas as idades, através da cobertura universal de saúde, incluindo a proteção contra riscos financeiros, para criar ambientes amigáveis para a idade; alinhar os sistemas de saúde com as necessidades das pessoas idosas; desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo; e avançar na medição, monitoramento e pesquisa para o Envelhecimento Saudável.

Desse modo, minimizar as desigualdades sociais, bem como a pobreza, o analfabetismo, as barreiras de acesso a serviços de saúde são fundamentais para garantir saúde e bem-estar às pessoas idosas, especialmente as excluídas socialmente, que têm um pior estado de saúde. Para isso são sugeridas cinco recomendações: fortalecer a coordenação intersetorial, assegurar sustentabilidade fiscal antecipada do sistema de proteção social, inovar nas políticas, programas e serviços em saúde voltados à pessoa idosa, melhorar o acesso aos dados desagregados e monitoramento da saúde da pessoa idosa, melhorar a gestão do conhecimento e pesquisa por meio do observatório - como dispositivo estratégico para acompanhamento, observação e análise das demandas das pessoas idosas (RIVILLAS et al., 2017).

Em decorrência de todo o contexto abordado desde a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento organizada pelas Nações Unidas em 1982, 2020-2030 é declarada a Década do Envelhecimento Saudável conforme estratégia da OMS. Mas paradoxalmente, em 2019 a CID-11 propôs o código MG2A, determinando a velhice como doença (ROCHA, CANTINI, 2021). Observamos uma grande contradição neste movimento que, de um lado, define o envelhecer como um processo natural e preocupa-se com ações que favoreçam o envelhecimento saudável e, do outro, considere a velhice uma condição a ser catalogada como causa de morbidade ou mortalidade. Portanto, a inclusão do código velhice na CID-11 vai na contramão das propostas voltadas para inclusão, saúde e bem-estar da pessoa idosa.

2.3 A distinção de velhice e doença a luz de Simone de Beauvoir

Ainda que lançado na década de 1970, “A Velhice” de Simone de Beauvoir é um clássico que quebra a conspiração de silêncio trazendo luz a aspectos que nos auxiliam na discussão e vivência da velhice. Apesar da dificuldade de estudar a condição dos velhos através das épocas devido à escassez de informações nos documentos encontrados, em virtude da recorrência dos registros acerca das pessoas idosas estarem incorporadas ao de adultos, Beauvoir faz um importante percurso de historicização.

Simone de Beauvoir (2018) observa que Galeno, no século II, considerava que na velhice as funções fisiológicas dos sujeitos mais velhos ficam reduzidas e enfraquecidas, mas não se tratava de um estado patológico. Deste modo, afirma que a medicina moderna considera o envelhecimento como um processo inerente à vida, ou seja, comum a todos os seres vivos.

A autora retoma o primeiro texto que se tem registro sobre a velhice no Ocidente, escrito em 2500 a.C. pelo filósofo e poeta Ptah-hotep, o qual aborda a velhice como algo penoso, uma dificuldade, com infortúnios. Indica que até o século XIII ou XIV, durante o surgimento da burguesia, apenas o adulto era considerado, com exceção de Veneza, onde o magistrado eleito era velho. Desse modo, afirma que do Egito ao Renascimento a velhice sempre foi tratada de forma estereotipada. A história de velhos é retratada em vários setores com desfavorecimento devido à valorização da força física e da juventude. Assim, a autora escancara que a sociedade não investe em estudar o velho em sua verdade, e o silencia, deixando-o à margem da condição humana (BEAUVOIR, 2018).

Beauvoir (2018) já denunciava que o sujeito velho era visto como aquele que não faz mais nada, restando-lhe a morte. Considerado por alguns como uma “espécie estranha” na qual a sociedade não se reconhece, a pessoa idosa é rejeitada, abandonada, tratada como um ser inferior e inútil. Há um processo de convencimento da pessoa idosa de sua decadência, fazendo com que desistam da direção de seus negócios, ocupem um papel mais passivo na sociedade, sigam as imposições acerca de seu vestuário e aparência.

A autora delineia que a doença é mais evidente para aquele que a experimenta do que para as pessoas ao seu redor, enquanto a velhice é mais evidente para os olhos dos outros do que para o próprio sujeito. Demarca ainda que, com a velhice, as dificuldades físicas, doenças e o “mau funcionamento” das funções do corpo ficam mais explícitas, porém os sujeitos passam a se acostumar com essas dificuldades e as tratam de forma mais desligada e distanciada. Dessa maneira, ressalta:

Certos médicos chegam a associar a velhice a uma doença: foi o que fez recentemente a célebre geriatra romena, a doutora Aslan, numa entrevista que deu na Itália. Eu não creio que essa confusão seja legítima; a doença é um acidente; a velhice é a própria lei da vida (...) As pessoas idosas são acometidas de uma polipatologia crônica. (BEAUVOIR, 2018, p.32-33)

Beauvoir (2018) é ainda mais categórica ao esclarecer que a velhice não é somente orgânica, é também social, cultural, e por isso não é doença; bem como que a lógica da velhice como doença encobre a aversão imediata de uma vivência inerente a todos os seres humanos, sustentando o estereótipo de repulsa à inevitável velhice. Assim, amplia a discussão sobre diversos fatores que interferem na longevidade:

A velhice desemboca sempre na morte. Mas raramente ela acarreta a morte sem que intervenha um elemento patológico. (...) Acredita-se, que embora

não se possa ter como certo, que, a hereditariedade tenha influência direta ou indireta na longevidade; muitos outros fatores intervêm, sendo o primeiro deles o sexo: em todas as espécies animais, as fêmeas vivem mais que os machos; na França, as mulheres vivem, em média, sete anos mais que os homens. A seguir, influem as condições de crescimento, de alimentação, de meio e as condições econômicas. (BEAUVOIR, 2018, p.40)

A autora aprofunda a compreensão de que a ambição no envelhecimento é um privilégio para poucos, pois muitas pessoas convivem com o vazio de sua existência na velhice. O modo como a velhice é vista depende do contexto social no qual o sujeito está inserido. Em algumas sociedades existe uma completa indiferença em relação ao pessoa idosa, em outras, a velhice é valorizada e desejada. Como consequência da condenação ao tédio e a ser inferior, a ausência de desejo resulta em uma velhice sombria, com melancolia, sem objetivos e realizações. Adicionalmente, atenta que muitas vezes as pessoas idosas são tratadas como crianças, como se não tivessem mais nada a perder, podendo ocasionar na pessoa mais velha uma repulsa pela própria existência e quadros depressivos. O sentimento de rejeição, em se ver vítima do destino, prejudicado pela sociedade e por sua família, pode levar também ao rancor. Desse modo, Beauvoir (2018) afirma que as pessoas idosas são acometidas por tristeza devido ao forte sentimento de inutilidade e solidão que experimentam em uma sociedade que os trata com indiferença, sendo essa vivência ainda mais marcante quando essa pessoa vive em situação de miséria.

Dialogando com essa compreensão de Beauvoir, catalogar velhice como doença é um erro por ser idadista; por ser mais uma imposição de preconceito que coloca a pessoa idosa a margem da sociedade; por desconsiderar a condição humana; por diminuir o valor da existência das pessoas idosas; por desconsiderar que a velhice é heterogênea e mutável; por ocasionar um afastamento das pessoas idosas de tratamentos pela indiferença e naturalização da velhice como doença, acarretando em uma redução da busca por cuidado; por impactar na possibilidade de desejar e ter qualidade de vida na velhice.

2.4 “Velhice não é doença”: aspectos atuais sobre essa reflexão

O posicionamento favorável à inclusão do código velhice (MG2A) na CID-11, substituindo o termo senilidade (R54) conforme constava na CID-10, baseia-se em argumentos como o de Sinclair (2014), de que o envelhecimento seria tratável e tratá-lo como doença seria um avanço na compreensão do processo de saúde (FELIX, 2021; MOROSINI, 2022). Ademais, a codificação da CID classifica causa de incapacidade e morte, auxiliando a tomada de decisão em saúde pública, sendo que os códigos mais frequentes recebem mais atenção de pesquisas e investimentos. Nesse sentido, a inclusão do código da velhice na classificação da CID ocasionaria mais recursos para prevenção e combate ao envelhecimento como um fator de risco para doenças. Tal posicionamento, favorável à classificação da velhice, argumenta ainda que não considerar envelhecimento como doença é abrir mão do direito ao tratamento, contudo descola a idade biológica da cronológica sustentando que uma pessoa com 30 ou 90 anos merece o mesmo apoio e entusiasmo no tratamento. Lembra ainda que há desigualdades e o envelhecimento chega apenas para alguns (FELIX, 2021).

A título de ilustração dos impactos atuais da associação proposta entre velhice e doença, apontamos a morte do príncipe inglês Philip em abril de 2021, bem como do fotógrafo brasileiro German Lorca em maio de 2021, tendo como causa

oficial e fatal da morte na certidão de óbito “velhice”. Todavia, em março daquele ano o príncipe tinha sido internado para tratar uma infecção e fazer um procedimento cardíaco, condição que pode ter levado à sua morte (FELIX, 2021; MOROSINI, 2022). Dentro dessa perspectiva, aproximadamente 75% das mortes no Brasil, as quais ocorrem com pessoas com sessenta anos ou mais por diferentes motivos, seriam reduzidas ao código MG2A. 33 milhões de brasileiros seriam considerados doentes por velhice. Deste modo, esse termo guarda-chuva iria negligenciar outras causas de morbidade e mortalidade, dentre elas as sociais. Morrer por velhice poderia se tornar um rótulo disfarçando as reais causas de adoecimento e morte (SBGG, 2021).

Essa inclusão da velhice na CID pode encobrir o interesse da indústria anti envelhecimento, de empresas de pesquisa, da indústria farmacêutica e de cosméticos, desconsiderando o processo natural de envelhecimento; além de impactar em planos de saúde, alocação de recursos e aumentar o etarismo frequente na sociedade (SBGG, 2021; MOROSINI, 2022). Diante disso, diversas organizações nacionais e internacionais mobilizaram-se fazendo coro “velhice não é doença”, evidenciando aí um idadismo estrutural. A inclusão do código MG2A na CID foi significada como desrespeito à dignidade da pessoa idosa pelo Conselho Nacional de Saúde já que poderia mascarar reais problemas de saúde, aumentar preconceitos e interferir em pesquisas (MOROSINI, 2022).

Houve consenso quanto à contradição interna na OMS ao propor o envelhecimento ativo e luta contra o etarismo ao mesmo tempo em que catalogava velhice como doença (MOROSINI, 2022; CANO-GUTIERREZ et al., 2021). Igualmente, é consenso que essa inclusão poderia impactar o planejamento em saúde, demandas jurídicas nos pedidos de curatela e planos de saúde, o mercado de trabalho, a previdência social (ROCHA, CANTINI, 2021). O que se faz necessário são políticas públicas que considerem o rápido envelhecimento populacional, previnam doenças e possibilitem envelhecer com disposição (SBGG, 2021; MOROSINI, 2022).

A partir destes debates mobilizados por organizações nacionais e internacionais, a OMS reconsidera que o envelhecimento pode ser saudável se houver a manutenção das capacidades e qualidade de vida de uma pessoa idosa, ainda que com doenças. Posicionamentos que pressionam a favor da revisão do termo velhice na CID-11 como e onde é utilizada, visto implicar em uma medicalização desta fase da vida. Afinal, apesar de ocorrerem mais doenças neste momento do desenvolvimento humano, isso não pode servir de subsídio ao equívoco de equipar a velhice a doenças e agravos, de modo que é necessário achar termos mais adequados para referir-se ao processo de envelhecimento com funcionalidade, dignidade e oportunidade de qualidade de vida (CANO-GUTIERREZ et al., 2021). Assim, propõe-se o uso provisório de termos como fragilidade ou declínio da capacidade intrínseca para descrever pessoas que não vivenciam um envelhecimento saudável (CANO-GUTIERREZ et al., 2021; MOROSINI, 2022).

A revisão da OMS com retirada do código velhice foi comemorado como vitória da sociedade civil, do controle social e da população idosa de todo o mundo (MOROSINI, 2022). Sua retirada da CID foi uma conquista das pessoas idosas e de toda a sociedade, fruto da mobilização social nacional e internacional, sobretudo na América Latina e na Europa. Incluir a velhice em uma classificação de causas de morbidade e mortalidade é patologizar a vida e institucionalizar um idadismo que, ao contrário, precisa ser combatido, tendo em vista dentre as motivações a indústria farmacêutica, bem como consequentes retrocessos em vários segmentos no que

tange a pessoa idosa, dentre eles deixar morrer por ser velho, sem tratamento e diagnóstico (DIAS, 2021).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos pertinente e bastante necessária a contínua atualização da CID levando em conta uma contextualização de demandas sociais, políticas, culturais, científicas e religiosas do momento. Todavia, consideramos que a atualização referente à inclusão do código velhice seria um grande retrocesso uma vez que velhice não é doença, mas sim parte do processo de desenvolvimento humano. A catalogação de velhice como doença reforça e contribui para manutenção e crescimento do ageísmo, preconceito e discriminação contra a pessoa idosa. Ao invés dessa medida incoerente com os marcos históricos de graduais avanços na tomada de consciência do processo de envelhecimento, são necessárias políticas públicas que considerem o rápido envelhecimento populacional e favoreçam a vivência da velhice de forma saudável e ativa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Manuella S. C et al. Classificação internacional das doenças – 11^a revisão: da concepção à implementação. *Ver Saúde Pública*. 2020; 54: 104.

ALMEIDA, V. L. V. Direitos Humanos e Pessoa Idosa / texto: V. L. V. Almeida, M. P. Gonçalves, T. G. Lima; ilustrações: M. P. Gonçalves; capa: Eron de Castro - Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

BEAVOIR, Simone. A velhice. 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BRASIL. Portaria nº-2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário oficial da União*, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>. Acesso em 23 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In.: CAMARANO, A. (Org). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? IPEA: Rio de Janeiro, 2004. Cap.8, p.253-292.

CANO-GUTIERREZ, C. et al. , Old age and the new ICD-11: Position of the Latin American Academy of Medicine for Older Persons. *Pan American Journal of Public Health*, , 45:e112, 2021.

DIAS, Bruno C. Classificação de velhice na CID-11 é retirada pela OMS. ABRASCO, 2021. Disponível em: [<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/classificacao-velhice-retirada-oms/63967/#:~:text=Desde%202015%2C%20uma%20art%C3%A7%C3%A3o%20da,72%C2%AA%20Assembleia%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde.>](https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/classificacao-velhice-retirada-oms/63967/#:~:text=Desde%202015%2C%20uma%20art%C3%A7%C3%A3o%20da,72%C2%AA%20Assembleia%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde.>). Acesso em: dez, 2022.

FELIX, J. S. Gerontologia versus Genética: o debate da velhice como doença.[Resenha].Revista Kairós-Gerontologia, v. 24, n. 2, 145-152, 2021.

FIOCRUZ (2019). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Disponível em [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif/#:~:text=Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20de%20Funcionalidad e%2C%20Incapacidade%20e%20Sa%C3%BAde%20\(CIF\),-23%20set%202019&text=%C3%89%20uma%20ferramenta%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,Internacional%20de%20Doen%C3%A7as%20\(CID\)](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif/#:~:text=Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20de%20Funcionalidad e%2C%20Incapacidade%20e%20Sa%C3%BAde%20(CIF),-23%20set%202019&text=%C3%89%20uma%20ferramenta%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,Internacional%20de%20Doen%C3%A7as%20(CID))

GALVÃO, M. C. B; RICARTE, I. L. M. A classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11): características, inovações e desafios para implementação. ASKLEPION: Informação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-118, Jan./Jun.,2021.

HIRSCH, J.A. et al. ICD-10: history and context. AJNR AM J Neuroradiol; 37(4): 596-9, 2016.

LAURENTI, Ruy et al. The internacional classification of diseases, the Family of Internacional Classifications, The ICD-11, and post-polio syndrome. Arq Neuropsiquiatr; 71(9A): 3-10, 2013.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. Rev. Saúde Pública, 25(6): 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde divulga nova Classificação Internacional de Doenças. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/organizacao-mundial-da-saude-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>. 2021.

MOROSINI, Liseane. Velhice não é doença. <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/velhice-nao-e-doenca>. 2022.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health, 2016a. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf. Acesso em 23 jun 2018.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Definition of an older or elderly person. OMS: 2016b.

ONU. Second review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002 - Report of the Secretary-General (E/CN.5/2013/6), 2013 - Disponível em: <https://documents-dds->

ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/613/59/PDF/N1261359.pdf?OpenElement . Acesso em 22 mai 2018.

RIVILLAS, J.C. et al. Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2017, v.35, n. 2, p.369-381.

ROCHA, Sheila M. C.; CANTINI, Adriana H. A dialética da década 2020-2030: envelhecimento saudável versus velhice como CID 11. VI Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra. v. 6 n. 1, 2021.

SANDERSON.W. SCHERBOV, S. Rethinking Age and Aging. *Population Bulletin*, 2008, v. 63, n.4.

SANTOS, Carla T. B. et al. Percursos do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 26, v.1, p. 45-62, 2016.

SBGG, SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Velhice não é doença. <https://www.sbgg-sp.com.br/velhicenaodoenca/>. 2021.

SCHNEIDER RH, IRIGARAY TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia* 2008; 25(4): 585-593.

UNFPA, UNITED NATIONS POPULATION FUND. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge -Published by the United Nations Population Fund .UNFPA, New York, 2012.

WILUNDA, B.; WILLIAMS, J.S. Health and ageing in Nairobi's informal settlements- evidence from the International Network for the Demographic Evaluation of Populations and Their Health (INDEPTH): a cross sectional study. *BMC Public Health*, 2015, 15:1231.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability, and Health. 2003.