

# *Envelhecimento e telemedicina: desafios e possibilidades no cuidado ao idoso*

AGING AND TELEMEDICINE: CHALLENGES AND POSSIBILITIES IN ELDERLY CARE

*Lara Miguel Quirino Araújo\**

*Viviane Cristina Cândido\*\**

*Luciano Vieira de Araújo\*\*\**

## RESUMO

O Brasil vive um período de envelhecimento acelerado que exige um pensar acerca deste processo que considere o idoso e sua subjetividade. O envelhecimento populacional determina a necessidade humana, social e econômica de cuidar da saúde dos idosos e promover autonomia e independência. A telemedicina é um meio que está em franco desenvolvimento, que pode ser um instrumento para ampliar o acesso universal à saúde de qualidade e relevante para as necessidades das pessoas idosas. A pandemia da Covid-19 facilitou o emprego da telemedicina e a perspectiva futura é o amadurecimento do que sejam boas práticas para o atendimento em saúde no ambiente digital e da regulamentação, com equilíbrio entre requisitos técnicos, jurídicos e a necessidade da inclusão e da promoção do acesso à assistência em saúde. Neste ensaio, colocamos em diálogo uma filosofia da saúde, amparada na sociologia, e a medicina que pretende um cuidado mais abrangente aos idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Filosofia da saúde; Envelhecimento; Idoso; Telemedicina; Teles-saúde.

## ABSTRACT

Brazil is experiencing a period of accelerated aging that requires thinking about this process that considers the elderly and their subjectivity. Population aging determines the human, social and economic need to take care of the health of the elderly and to promote autonomy and independence. Telemedicine is a medium that is undergoing rapid development, which can be a tool to expand universal access to quality healthcare that is relevant to the needs of the elderly. The Covid-19 pandemic facilitated the use of telemedicine and the future perspective is the maturation of good practices for healthcare in the digital and regulatory environment, with a balance between technical and legal requirements and the need for inclusion and promotion access to health care. In this essay, we put into dialogue a philosophy of health, supported by sociology, and medicine that seeks a more comprehensive care for the elderly.

**KEYWORDS:** Philosophy of health; Aging; Elderly; Telemedicine; Telehealth.

---

\* Doutora e mestra em Ciências pela Unifesp, especialista em Geriatria e Gerontologia, graduada em Medicina. Docente adjunto da Disciplina de Geriatria - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - EPM/UNIFESP. [lara.araujo@unifesp.br](mailto:lara.araujo@unifesp.br) <https://orcid.org/0000-0002-3562-373X>

\*\* Doutora em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestra em Educação, graduada em Filosofia e Pedagogia. Docente adjunto e pesquisadora em Filosofia da Saúde - Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - EPM/UNIFESP. Coordenadora do Grupo de Estudos de Filosofia da Saúde UNIFESP / CNPq, São Paulo, Brasil. [candido.viviane@unifesp.br](mailto:candido.viviane@unifesp.br) <https://orcid.org/0000-0002-4164-0245>

\*\*\* Doutor em Bioinformática pela USP, mestre em Banco de Dados, graduado em Ciências da Computação. Livre-docente em Sistemas de Informação na Escola de Artes, Ciências e Humanidades, EACH - USP. [Ivaraujo@usp.br](mailto:Ivaraujo@usp.br) <https://orcid.org/0000-0002-9687-5367>

## **Introdução:**

Franco Volpi, em sua introdução para *A arte de envelhecer* de Arthur Schopenhauer (1788-1860), apresenta algumas considerações que conduzirão aos aforismos do filósofo acerca do envelhecimento e da morte, presentes nesta obra, publicada postumamente. A obra reúne apontamentos de Schopenhauer acerca de suas habituais meditações, enquanto ele mesmo envelhecia. Volpi destaca que Schopenhauer, desde jovem, tinha claro que somente os tolos esperam até ficarem idosos e enfermos para meditar sobre a miséria de nossa condição humana e afirmava que, por essa razão, abraçou a filosofia entendendo que, sendo a vida precária, valeria a pena viver refletindo sobre ela. Ademais, Schopenhauer entendia que a filosofia não consiste em edificar andaimes teóricos, indiferentes e alheios, frente à vida, mas implica numa inteligência prática e num cuidado de si mesmo que devem orientar-se para ela – a vida. (SCHOPENHAUER, 2010, p. 12; 21). [tradução nossa].

O tema tão caro ao filósofo, é contemporaneamente, um tema para a filosofia da saúde, para os sistemas de saúde, seus profissionais e, em primeira instância, um tema que afeta a todos nós. O envelhecimento populacional, em maior ou menor grau, ocorre em todas as populações do mundo. O desenvolvimento social e os avanços na assistência à saúde criaram condições para que os indivíduos sobrevivessem por mais anos (redução na mortalidade) e, a seguir, houvesse um decréscimo na natalidade, fenômeno denominado de “transição demográfica”. Desta forma, as populações dos diversos países passaram a ter uma maior proporção de

idosos, ou seja, passaram a experimentar o processo de envelhecimento populacional, com um ritmo diferente nas várias nações. Com isso a assistência à saúde, importante para a longevidade, precisa também contribuir com o bem-estar na velhice.

Tais fatos impactam na forma como entendemos a saúde e o próprio conhecimento biológico que, por mais que tenha avançado, não é capaz de abarcar o sujeito que envelhece como um todo e compreender o processo que este vivência. A esse respeito o sociólogo Norbert Elias, em seu *Envelhecer e morrer*, afirmou que “é possível imaginar que, no futuro, o conhecimento da pessoa humana, das relações das pessoas entre si, de seus laços mútuos e das pressões e limitações que exercem entre si faça parte do conhecimento médico.” (2010, p. 95).

O presente ensaio, partindo do cenário de envelhecimento populacional brasileiro e os desafios por ele impostos à assistência à saúde, pretende considerar o pensamento do filósofo Arthur Schopenhauer e do sociólogo Norbert Elias, no que se refere a uma maior compreensão da nossa condição humana e, por esta razão, do processo do envelhecimento, para ampliar o conceito de saúde e apresentar reflexões acerca das possibilidades de uma telemedicina/telessaúde que possam contribuir com o envelhecimento saudável, com a assistência e cuidado médicos e quiçá, ao contrário do que se imagina, até mesmo com a proximidade humana.

## **1. Envelhecimento populacional brasileiro e desafios na assistência à saúde**

No Brasil, a partir da década de 1950, houve decréscimo da mortalidade, seguido por declínio da natalidade, a partir de meados da década de 1960. As maiores reduções da mortalidade e natalidade ocorreram a partir da década de 1980 quando o Brasil tornou-se um dos países com envelhecimento acelerado, sem ter o tempo necessário para adaptar-se a essa nova condição. Por exemplo, enquanto a França teve quase 150 anos para se adaptar a uma mudança de 10% para 20% na proporção da população com mais de 60 anos, o Brasil terá pouco mais de 20 anos para fazer a mesma adaptação (WHO, 2015, p.43; VASCOCELOS, 2012). Junto a esse processo de envelhecimento populacional, estabelece-se uma mudança nas causas de adoecimento e morte da população, chamada de “transição epidemiológica”, modelo descrito na década de 1970 e revisado ao longo dos anos. A condição de saúde dessa população envelhecida é heterogênea, com aumento da prevalência das doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doença coronariana, artrose, demência, Parkinson, etc.), com pessoas com poucas ou nenhuma doença e outras com múltiplas doenças e uso de vários medicamentos, além de diversos estilos de vida e interações com a comunidade.

O Brasil faz parte de um grupo de países em que coexiste o envelhecimento da população com aumento da prevalência de doenças crônicas, ao mesmo tempo que problemas de saúde típicas de populações jovens ainda persistem, como as doenças infecciosas-parasitárias, quan-

do comparados aos países de maior renda (ARAÚJO, 2012). Além disso, dentro do país existem diferentes momentos e perfis de transição devido às diferenças de desenvolvimento regional. (BORGES, 2012). A mortalidade externa, associada à violência urbana, também participa do cenário epidemiológico brasileiro. Assim, temos no Brasil a transição epidemiológica caracterizada por três polos ou tripla carga de doenças: altas taxas de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis – diabetes, hipertensão, etc, especialmente na população idosa, elevada incidência e prevalência de doenças infecto-parasitárias, especialmente na população abaixo dos 10 anos, e de causas externas, com destaque para os homicídios, na população masculina jovem. (MARTINS, 2012)

A repercussão dessa complexidade manifesta-se nas demandas para a assistência à saúde. No Brasil, o sistema de saúde é composto pela parte pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), e a parte privada, suplementar. O Sistema Único de Saúde brasileiro obteve inúmeras conquistas, ao longo das suas três décadas, com aumento progressivo na cobertura de serviços de saúde para a população, de forma universal e em todos os níveis de complexidade (MARTINS, 2012). A atividade privada é composta pelo serviço ofertado por profissional autônomo (liberal clássico) e pelo serviço suplementar de saúde ofertado por empresas. No Brasil, existe desde a década de 1960, sendo que em 1999/ 2000 passou a ser regulamentado pela Agência Nacional de Saúde (ANS). (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008; ZIROLDO, GIMENES, CASTELO-JR, 2013). Esse sistema diverso e com muitos desafios na sua articulação, enfrenta

esse padrão polarizado de transição epidemiológica, com demandas para as urgências e emergências, necessidades de atendimento aos primeiros anos de vida e as necessidades da população idosa. A justificativa para essa preocupação em atender a necessidade e ser relevante na saúde do idoso vai além de uma postura humana, que se preocupa com o bem-estar do idoso e sua qualidade de vida. É também uma necessidade social e econômica. O idoso com saúde, consegue manter-se ativo e participativo na sociedade, ou seja, ao invés de ser um ônus social, como largamente é considerado, passa a ser e ter um bônus, sendo alguém que contribui para a sua comunidade e se realiza ao integrar-se com ela.

Esse caminho depende da saúde, em seu sentido amplo, tanto quanto de uma reflexão também ampla. Há a necessidade de mudarmos a maneira como enxergamos o idoso. Para Elias, ainda vivemos presos a um padrão de normalidade no qual aqueles que têm uma “idade normal” não conseguem compreender a experiência daqueles que, mesmo estando saudáveis, muitas vezes têm, por exemplo, “dificuldade em mover-se da mesma maneira que pessoas saudáveis de outra faixa etária, exceto as crianças pequenas.” Para o autor, os processos fisiológicos são bem conhecidos pela ciência, mas, compreendidos parcialmente, e mais: “Muito menos compreendida, e menos abordada na literatura, é a própria experiência do envelhecimento.” (ELIAS, 2010, p. 79-80).

## **2. Saúde e longevidade: necessidade de uma compreensão mais ampla**

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.” (WHO, 2020). Este conceito amplo de saúde definido em 1946 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) permitiu que outros aspectos, além dos biológicos, passassem a ser considerados quando se verificava o estado de saúde de uma pessoa ou comunidade, e a saúde passou a abranger a biologia humana, o estilo de vida, o meio ambiente e a assistência à saúde. Por outro lado, despertou críticas quanto a sua aplicabilidade prática, e outro conceito de saúde (como a ausência de doença) prosperou (ALMEIDA FILHO, JUCÁ, 2002). Mas apesar das críticas, o conceito amplo de saúde estimulou que múltiplos fatores que interagem com o ser biológico começassem a serem abordados, como, por exemplo, as condições de alimentação, hábitos, acesso aos serviços de saúde, renda, escolaridade, moradia, transporte, lazer, autonomia (SCILIAR, 2007; LOURENÇO, DANCZUK, PAINAZZER et al., 2012). Assim, a desigualdade das condições de saúde entre as populações do mundo pode ser mais claramente exposta e as estratégias de enfrentamento ampliadas para além da consulta médica e da medicação.

A aplicação do conceito de bem-estar físico, mental e social parece ainda mais desafiador no caso das pessoas idosas. Mas, por outro lado, a ausência de doença (ou patologia) em um idoso também parece ser distante ou pouco comum, sabendo que a prevalência de doenças crônicas aumenta. O que seria então um idoso saudável? Aquele sem doença

conhecida ou aquele com bem-estar (esse polêmico conceito de sentir-se bem)? Nesta perspectiva, do ponto de vista de uma reflexão em filosofia da saúde, pensamos acerca do questionamento da normatização dos termos saúde e doença, pelo filósofo e médico, Georges Canguilhem (2020). Tais reflexões são importantes na medida em que modulam o nosso entendimento sobre o que é normal ou fisiológico na trajetória de envelhecimento do ser humano e nos remete à possibilidade de intervir, seja no indivíduo ou em sua comunidade, para que se tenha uma melhor experiência de envelhecimento.

Envelhecer é, no aspecto biológico, um acúmulo de diversas mudanças, lesões, perdas moleculares e celulares, que em um dado momento reflete-se na função dos órgãos e sistemas, de modo a tornar o indivíduo menos capaz a manter o seu equilíbrio fisiológico diante das agressões; menos adaptável aos desafios do meio e, por fim, contribui ou causa a morte. Porém, o ritmo dessas mudanças biológicas varia bastante entre os indivíduos e não é possível fazer uma associação direta com a idade. Indivíduos de mesma idade podem ter reserva fisiológica bastante diferente. Isso ocorre pela influência de genes, fatores reguladores dos genes (epigenéticos), estilo de vida e ambiente.

Porém, outras mudanças também ocorrem ao longo da vida e são mais evidentes durante a velhice, como por exemplo, as mudanças de papel social, as relações com seus pares e entre gerações, e nas perspectivas do que é importante e valioso. Em outras palavras, precisamos considerar o que é contingente para os idosos, o que significa dizer que é “produto de

condições (experienciais, contextuais, institucionais, e assim por diante) que são fundamentalmente variáveis e sempre até certo ponto imprevisíveis e incontroláveis.” (SMITH, 2002, p. 18). Os idosos não são idosos em geral, ao contrário, são únicos em suas subjetividades que, por sua vez, são frutos de sua contingência, daquilo que, em última análise, os torna quem são e, em termos de saúde, a exemplo, na compreensão pessoal do que ela seja e na reação, também pessoal, às doenças ou às perdas originadas pelo envelhecimento que lhes afetam.

Ao longo das décadas diferentes expressões mostram a heterogeneidade no envelhecimento. Em um dado momento fala-se em “survivors, delayers, and escapers” (EVERT, LAWLER, BOGAN et al., 2003), ou seja, “sobreviventes, adiadores e fugitivos”, para se descrever o perfil de centenários a partir da métrica da doença; em outros fala-se em “envelhecimento normal usual ou bem-sucedido” para apresentar indivíduos com poucas perdas justificadas pela a idade (ROWE, KAHN, 1987), as múltiplas dimensões deste processo (ROWE, KAHN, 1997) e a percepção daquele que é velho (VON FABER, BOOTSMA-VAN, VAN EXEL et al., 2001); ou ações em favor de envelhecer bem, como por exemplo, o “envelhecimento ativo” para melhorar a oportunidade de saúde e qualidade de vida (WHO, 2005). Em consonância com a ideia de saúde como bem-estar, temos o conceito de “envelhecimento saudável”, ou seja, o processo de desenvolver e manter a capacidade que permite a pessoa ter bem-estar na velhice, independente de ser ou não portador de doença. Não se desconsidera o papel da doença, mas se considera a sensação de satisfação

e realização pessoal. O aspecto de trajetória e interesse pessoal ganham ênfase, na medida que existe subjetividade no que é bem-estar para cada pessoa, mesmo admitido que com menos complicações na saúde biológica, essa vida com bem-estar é mais acessível. Assim, o envelhecimento saudável é uma trajetória durante a velhice com ênfase no bem-estar. Uma pessoa portadora de doença crônica tem envelhecimento saudável quando tem bem-estar. Obviamente, deste modo, a assistência à saúde da pessoa idosa precisa considerar suas percepções e interesses pessoais e esse ideal de saúde depende também do ambiente onde o idoso está.

Diante do envelhecimento da população mundial, foi desenvolvido o plano de ação (2016- 2030) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a visão de “um mundo no qual qualquer pessoa pode viver uma vida longa e saudável”, no qual foram estabelecidos cinco objetivos estratégicos: ações comprometidas com envelhecimento saudável em cada país, desenvolvimento de ambientes amigáveis ao idoso, articulação dos sistemas de saúde às necessidades do idosos, desenvolvimento de sistemas sustentáveis e equitativos para prover cuidados de longa duração (como residências, comunidades e instituições), estimular maior envolvimento dos idosos nas políticas e na tomada de decisões e a pesquisa para melhor avaliação, análise e uso da informação em favor do Envelhecimento Saudável. Esses objetivos consideram a necessidade de conhecimento científico, baseado em evidências, para que as ações em favor da saúde dos idosos tenham os resultados esperados, com equidade e custo-efetividade. (WHO, 2015).

Entre as ações em favor da saúde do idosos, teremos em 2020-2030, a Década do Envelhecimento Saudável (WHO, 2020 site). É um plano de ação para recrutar a “colaboração de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, universidades, a mídia e o setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e suas comunidades. A Década do Envelhecimento Saudável se concentrará em quatro ações principais:

1. mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento (combater o idadismo);
2. desenvolver comunidades de forma a estimular as habilidades dos idosos (ambiente amigos do idoso);
3. prestação de cuidados integrados e serviços de saúde primários que atendam às necessidades dos idosos; e
4. fornecer aos idosos que deles necessitam acesso a cuidados de longa duração. (WHO, 2020 documento 1).

Essas ações que integram atitudes e ambientes favoráveis e cuidados de saúde adequados às necessidades das pessoas idosas promovem o envelhecimento com saúde.

Saúde – é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

Envelhecimento Saudável - processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice.

Capacidade funcional - atributos relacionados à saúde que permitem às pessoas ser e fazer o que têm razão para valorizar.

Capacidade intrínseca - todas as capacidades físicas e mentais de um indivíduo.

Ambientes - fatores do mundo extrínseco que formam o contexto da vida de um indivíduo. Isso inclui lar, comunidades e a sociedade em geral. Dentro desses ambientes encontram-se o ambiente construído, as pessoas e seus relacionamentos, atitudes e valores, políticas sociais e de saúde, os sistemas que os apoiam e os serviços que implementam.

Fonte: World Health Organization (2015) World report on ageing and health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/18646343-45>.

Quadro 1 - Glossário

Tais ações são possíveis se forem decorrentes de um novo pensar acerca do envelhecimento, que nos permita entender que existe um processo de envelhecimento que “produz uma mudança fundamental na posição de uma pessoa na sociedade, e, portanto, em todas as suas relações com os outros. O poder e o status das pessoas mudam, rápida ou lentamente, mais cedo ou mais tarde” na medida em que envelhecem. (ELIAS, 2010, p. 83), do que também decorre a necessidade de pensarmos acerca de sua capacidade funcional.

### **3. Envelhecimento saudável e capacidade funcional**

O idoso é saudável quando tem assegurada a sua capacidade de desenvolver e manter o que lhe confere bem-estar. Em outras palavras, o Envelhecimento Saudável apoia-se em dois pilares: capacidade funcional

e bem-estar. Bem-estar é uma percepção individual e pessoal de valor. “Ter boa capacidade funcional” é ter características na saúde que permitam à pessoa ser e fazer o que lhe é importante, o que considera ter valor. Portanto, o envelhecimento é saudável se sua capacidade funcional é mantida ou desenvolvida para lhe trazer bem-estar. Ter boa Capacidade Funcional significa ter a capacidade de:

- 1) atender às próprias necessidades básicas, como alimentação, vestimenta, moradia e assistência à saúde;
- 2) aprender, crescer e tomar decisões, ou seja, permite que a pessoa tenha autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência;
- 3) mobilidade, tanto para suas atividades diárias como para a participação social;
- 4) construir e manter relacionamentos, tanto com outros de sua geração como de outras gerações, como netos e filhos; e
- 5) contribuir, fazendo uso de seus conhecimentos, experiência e tempo disponível, em serviços voluntários, em apoio a familiares e amigos, em atividades culturais, atividades de mentoria e trabalho. (WHO, 2020 documento 2).

Portanto, a capacidade funcional é, em seu sentido prático, a habilidade de desempenhar tarefas que permitem a sobrevivência, dão autonomia, mobilidade e participação social. Essa habilidade apoia-se na capacidade própria e intrínseca a cada idoso e no ambiente onde vive. A capacidade funcional do idoso é o resultado da interação de sua capacidade intrínseca e do ambiente onde vive.

Capacidade intrínseca são as capacidades físicas e mentais do idoso que lhe apoiam para o desempenho das tarefas e ações que lhe são importantes e conferem bem-estar. Na prática clínica, a capacidade intrínseca é o aspecto que permite identificar pessoas em risco ou processo

de declínio de sua capacidade funcional e que precisam de intervenções preventivas e terapêuticas para interromper ou reverter esses declínios. Para uso prático, são cinco os domínios da capacidade intrínseca: locomoção, sensorial (visão e audição), vitalidade, cognição e psicossocial. Portanto, a avaliação de saúde do idoso organiza-se norteada por esses domínios (CESARI, CARVALHO, THIYAGARAJAN et al. 2018). Na medida em que se observa declínio ou risco de declínio, as abordagens propostas devem procurar a recuperação ou manutenção desses domínios da capacidade intrínseca.

O ambiente diz respeito, para além do ambiente físico, aos fatores facilitadores que impulsionam ou às barreiras, e incluem tecnologias, serviços, políticas públicas, cultura e o ambiente emocional (WHO, 2020 documento 2). Portanto, soluções que criam ambientes acessíveis a todos como, por exemplo, barras, rampas, corrimãos, sanitários adaptados e calçadas regulares, favorecem a mobilidade e podem permitir que idosos com comprometimento de sua capacidade intrínseca mantenham a capacidade funcional. A oferta de serviços que visam demandas de vida diária e as novas tecnologias podem apoiar o idoso e contribuir para sua independência e autonomia. Aqui, abrimos o importante campo da inclusão e letramento digital e da inovação digital voltada para esse público. Porém, o uso desses recursos depende em parte da aceitação cultural do idoso como uma pessoa capaz.

Em linhas gerais, o atendimento médico é centrado na doença aguda ou crônica, mas o envelhecimento desafia esse modelo. Com a lon-

gevidade, o atendimento médico precisa atender também à necessidade de cuidado da capacidade intrínseca e interagir com fatores que estão no ambiente, sejam facilitadores ou barreiras do envelhecimento saudável e, em outras palavras, considerar a saúde integral. Os fatores para o envelhecimento saudável podem ser de cunho amplo e social, como no caso das políticas públicas. Mas também, podem ser aqueles do ambiente mais próximo ao idoso, presentes na rede de atendimento à saúde, equipe multiprofissional e família. O cuidado à saúde do idoso com qualidade significa ser centrado na pessoa, integral e coordenado, envolvendo a colaboração de diversos atores sociais, como profissionais, família, sociedade civil, governo e universidades.

Norbert Elias, afirmou desejar complementar o diagnóstico médico tradicional com um diagnóstico sociológico, “centrado no perigo do isolamento a que os velhos e os moribundos estão expostos.” Para tanto, é preciso examinar o que as pessoas que envelhecem e as moribundas experimentam “subjetivamente”, considerando, inclusive, a mudança radical ocorrida na passagem das sociedades pré-industriais para as industriais, quando aquele que envelhece ou adoece terminalmente deixa de ser alguém a ser acompanhado pela família e seu problema tido como de todos para ser uma questão do hospital, do Estado, ou ainda de instituições para o cuidado do idoso. A esse respeito adverte, considerando a exemplo os afetos: “a admissão em um asilo normalmente significa não só a ruptura definitiva dos laços afetivos, mas também a vida comunitária com pessoas com quem o idoso nunca teve relações afetivas.” (2010, p 85).

Assim, as ações sugeridas pela *Década de envelhecimento saudável* têm como objetivo aprimorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos e aumentar o impacto mensurável das intervenções em sua saúde. Para isso, é necessário haver acesso à assistência à saúde, que em nosso país tem como desafio a distribuição geográfica desigual dos profissionais, por exemplo, nos últimos anos há um expressivo aumento do número de médicos (2,27 médico/1000 habitantes no país), mas desigualmente distribuídos entre as regiões (1,30 médico/1.000 hab. na região Norte e de 3,15 médico/1.000 hab. na região Sudeste) e concentrados nas capitais. A Telemedicina aparece como um meio de superar essa dificuldade no encontro entre o serviço e o usuário para prover assistência à saúde. Para que o atendimento à saúde tenha impacto clinicamente significativo e de acordo com a perspectiva do idoso, é preciso a articulação entre diferentes setores da sociedade e do sistema de saúde. As frentes de investimentos em assistência integrada para a saúde, assistência social e ambientes amigáveis ao idoso, bem como o bom uso de tecnologias e inovações digitais, e elaboração de políticas e programas são instrumentos valiosos para promoção do envelhecimento saudável e sustentação de longo-prazo do sistema de saúde e seguridade social.

#### **4. Telemedicina e telessaúde**

Elias entende que “as atitudes que hoje prevalecem em relação aos moribundos e à morte não são inalteráveis nem acidentais. São peculiaridades de sociedades num estágio particular de desenvolvimento e,

portanto, com uma estrutura particular.” Do ponto de vista da reflexão filosófica a que nos propomos, cabe ressaltar que o filósofo com isso pretende apontar basicamente para a necessidade de olharmos para a morte e deixarmos para trás a postura de “empurrar a agonia e a morte mais do que nunca para longe do olhar dos vivos e para os bastidores da vida normal nas sociedades mais desenvolvidas” e afirma: “Nunca antes as pessoas morreram tão silenciosa e higienicamente como hoje nessas sociedades, e nunca em condições tão propícias à solidão.” (2010, 97-98).

Podemos então vislumbrar novos desafios para o atendimento do idoso que está para além do atendimento médico e, ao mesmo tempo, considerando o cenário de longevidade exposto anteriormente, novas possibilidades. A telemedicina é um modo de prática da medicina que se apoia em tecnologias. Muitos são os seus conceitos e, claro, as tecnologias de suporte evoluíram ao longo das décadas. Na literatura encontramos tanto o termo telessaúde como o termo telemedicina, às vezes, referindo-se a diferentes aspectos e em outras vezes aparecem como termos intercambiáveis. O termo *telemedicina* é frequentemente usado de forma a abranger além da área médica, as outras profissões que oferecem cuidados à saúde de maneira remota, usando tecnologia digital como meio de comunicação. Portanto, neste texto, usa-se o termo telemedicina com esse espectro amplo, como a prática da assistência profissional à saúde apoiada nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Não existe um conceito único para TIC, porém, uma boa maneira de se entender é como o uso da tecnologia digital para apoiar o uso da

informação e promover comunicação. Assim, temos uma integração das tecnologias de comunicação com as tecnologias de dados, ou expressando de maneira mais prática, o uso de computadores, redes, softwares, aplicativos, para a comunicação. Em geral, o termo engloba ideia de transmissão de imagem (WIKIPEDIA, 2021. AFRIYIE, 2012).

No Brasil, a telemedicina passou a ser regulamentada por uma resolução do CFM em 2002, e depois 2018/2019, com uma nova resolução que foi, logo a seguir, revogada. Mas o maior impulso dessa modalidade de atendimento foi com a pandemia da Covid-19, que foi regulamentada pela lei nº 13.989, de 15/04/2020. Hoje, a telemedicina é uma realidade no país, tanto no SUS como nos serviços privados, e essa é uma oportunidade para ampliar a cobertura de saúde e para melhorar a qualidade do atendimento à saúde. No entanto, temos pela frente o trabalho de pensar, definir e elaborar as boas práticas nos cenários de assistência à saúde por diferentes especialidades, com suas características e necessidades próprias. Outro desafio que temos é esclarecer o que se considera adequado e recomendável em relação aos cuidados com a segurança de dados, tendo em vista o sigilo médico e a eventualidade de perícia em casos de litígio, mas também o custo acessível aos profissionais e à população. Certamente, poderão surgir contradições entre o que é cômodo e o que é adequado, entre a segurança e acessibilidade, entre o desejável, o recomendado e o obrigatório.

As oportunidades do uso da telemedicina vão desde a capacitação das equipes de saúde que fazem atendimento presencial local; segunda

opinião por especialista no assunto; tutoria de profissional iniciante por profissional sênior; até o atendimento direto e acompanhamento clínico do paciente; uso de métodos de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. Por outro lado, aumenta a necessidade de inclusão digital, tanto no que se refere a equipamentos e redes, como ao letramento digital. Portanto, para esse instrumento valioso prover atendimento à saúde mais específico às demandas da população idosa, há a necessidade de investimentos estruturais, bem como no preparo dos idosos, seus familiares e comunidades para aproveitar essas possibilidades.

Um leque de possibilidades de interações remotas para a assistência à saúde foi aberto ao longo dos anos e esse novo modelo foi acelerado em 2020 com a pandemia de Covid-19. Não é de se admirar que este tenha sido o cenário de aceleração do uso da telemedicina porque foi o momento de que houve um consenso na sociedade da necessidade de poupar pacientes e profissionais de saúde da exposição desnecessária à doença, e assim a legislação e as instituições adaptaram-se prontamente. E também, já havia a experiência, em outros países, nas pandemias anteriores, na Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS - 2002), Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS - 2012) e surtos de Ebola (2016).

Porém, essa prontidão na legislação está circunscrita à atual pandemia e, portanto, teremos que evoluir nas definições do que é aplicável na regulação e nas questões financeiras para a telemedicina no momento pós-Covid. Não é mais possível postergar as definições do que seriam boas práticas médicas neste novo ambiente de encontro, o ambiente digi-

tal. As definições de boas práticas médicas são guias para atuação adequada durante o atendimento médico e os princípios fundamentais da bioética estão na sua raiz. Em outras palavras, a fundamentação teórica de qualquer consenso de prática médica, incluído a telemedicina, começa com a ética. Além disso, o ambiente digital de cuidado à saúde pode ser, e deve ser, um ambiente adequado ao ser humano - humanizado - tanto para o paciente como para o profissional. Todo esse arcabouço é a base para uma boa regulamentação, que busca o equilíbrio entre requisitos técnicos, jurídicos e a necessidade da inclusão e da promoção do acesso ao tratamento.

## **5. Assistência médica e proximidade humana**

Na assistência médica, o encontro do paciente e seu médico é um componente fundamental para que ocorra a proximidade humana e a relação médico-paciente. Espera-se que seja um momento no qual um elo de confiança seja estabelecido. Desde os primórdios da Medicina, essa confiança e proximidade são base no atendimento médico. E esses critérios de proximidade humana e confiança transbordaram para toda assistência profissional à saúde. Porém, nas últimas décadas, a TIC trouxe o ingrediente da distância física a este encontro entre o paciente e seu médico.

Existem descrições do uso de meios de comunicação para fins de saúde através de sinais de bandeiras entre navios e portos para assinalar presença de doença contagiosa, uso de bastões de mensagens por povos aborígenes da Austrália para comunicar notícias de mortes e doenças a distantes reuniões tribais. Em meados de 1600 a 1700 já se tem notícias

de consultas por cartas, seja por falta de médico local ou para se ter uma segunda opinião de um médico famoso. Nesta época, havia pacientes que enviavam amostras de urina a médicos distantes para diagnóstico e recebiam receitas e instruções sobre o tratamento recomendado.

O uso de tecnologia eletrônica para comunicar relatórios e coordenar ações de saúde ocorreu na Guerra Civil Americana (1861-1865) através do telégrafo. Em 1874, na Austrália, o telégrafo foi usado para o cuidado de uma pessoa ferida e para conectar um homem doente e sua esposa. Porém, a primeira descrição na literatura ocorreu em 1879, no *The Lancet*, no qual um médico ouviu a tosse de uma criança pelo telefone e fez o diagnóstico de crupe. Em 1905, Willem Einthoven transmitiu os sons do batimento cardíaco de um paciente em um hospital para seu laboratório usando o telefone (Board on Health Care Services, 2012) Houve ao longo do tempo uma série de iniciativas, tanto para diagnóstico, atendimento como treinamento de estudantes usando meios de comunicação (NESBITT, KATZ-BELL, 2018). As viagens espaciais foram o terreno fértil para o desenvolvimento de novos meios de telemedicina, seja por satélite ou ondas de rádio, sendo um marco a monitorização da saúde da cadela soviética Laika, enviada à órbita em 1957. Um outro marco foi o projeto por satélite chamado de STARPAHC (Tecnologia Espacial Aplicada à Assistência Médica Avançada de Papagos Rurais), de 1973 a 1977, desenvolvido pela NASA para monitorar a saúde de astronautas e aplicados nos índios Papagos nos Estados Unidos (REIFEGERSTE, ET AL, 2021). A tecnologia para a comunicação em saúde teve progresso crescente que foi de comunicação por texto ou som para texto e som simultaneamente.

Nesse momento inicial havia o componente remoto, mas a tecnologia da época limitava e limitou por décadas esses atendimentos a uma ínfima porção dos atendimentos médicos, geralmente em situações excepcionais no qual a presença do médico não era possível. No entanto, agora passamos a conviver com a possibilidade de os atendimentos presenciais e remotos estarem igualmente disponíveis, com muitas dúvidas ainda de onde estarão suas fronteiras.

A presença do médico, antes tão única, passou a ser qualificada em física ou virtual. Instala-se um “quase conflito” entre proximidade e distância e desafia-se o consagrado binômio da consulta médica: anamnese e exame físico. Digo “quase conflito” porque a possibilidade de proximidade, mesmo com a distância física não é novidade, como exemplo, para aqueles estão a trabalhar em países distantes de sua família, aquele amigo de décadas presente e íntimo através de breves encontros, aqueles que perderam seus entes queridos e amados e ainda assim referem uma presença que consola e anima. Ou seja, proximidade humana, que é sinônimo de compreensão, intimidade e respeito, não necessariamente precisa de presença física, ainda que esta presença seja um componente precioso.

Por outro lado, a base do raciocínio clínico, o momento de conversa com o paciente através da anamnese e de avaliação dos sinais clínicos de sua condição pelo exame físico é extremamente desafiada pelo atendimento à distância. Possivelmente, observaremos nestes próximos anos novas tecnologias (dispositivos de monitorização em tempo real, vestíveis, sensores) que nos apoiem na avaliação dos sinais físicos de ma-

neira remota e também teremos maior clareza dos momentos nos quais o atendimento presencial seja indispensável. Neste momento, existe a tendência de ser considerado adequado que o paciente e médico tenham pelo menos uma consulta presencial antes da teleconsulta, sendo possível que o médico faça um atendimento remoto de um paciente previamente desconhecido para realizar uma triagem e dar orientações iniciais e que o paciente seja avaliado presencialmente a seguir.

Todo esse desenvolvimento das formas de comunicação e da tecnologia em geral faz com que o papel do médico seja atualizado. Provavelmente, estamos vivendo uma transição, na qual o valor do médico como o profissional que faz bons diagnósticos e recomenda tratamentos, para aquele que profissional que comunica diagnósticos realizados por Inteligência Artificial a partir de informações coletadas por sensores, imagens, sons e outros meios de coleta de dados biomédicos, comportamentais e mentais, e que auxilia os pacientes nas suas escolhas de tratamento e medidas de promoção de saúde. O meio de comunicação, provavelmente, será híbrido entre o encontro presencial e a TIC, e possivelmente apoiado por avaliações assíncronas nas quais o paciente é avaliado por meio de um dispositivo e um programa dedicado e a informação é posteriormente distribuída ao médico, de modo que a orientação também pode ocorrer de maneira assíncrona ou síncrona num próximo encontro simultâneo entre o paciente e seu médico.

O acesso à assistência à saúde é desigual entre países e mesmo dentro de cada país. Em geral, as comunidades de pessoas mais pobres,

menos escolarizadas e residentes em áreas rurais e em lugares distantes são as com maiores dificuldades de atendimento e educação em saúde. A telemedicina é considerada um meio para se prover acesso universal à saúde, adequado em qualidade e em tempo hábil. Para que o atendimento à saúde seja para todos, em todos os lugares, em tempo correto e com qualidade, pressupõem-se acesso do indivíduo ao profissional, quantidade de horas-profissionais disponíveis e modalidades de atendimento para atender aos problemas em andamento (com o acompanhamento para se manter o controle das doenças crônicas), para a prevenção de novos problemas e para a promoção de saúde.

Pode-se inferir que o profissional, por sua vez, deva ser capacitado e habilitado para trabalhar bem pelo meio digital. É intuitivo concluir que para o médico prestar um bom atendimento, ele precisa praticar boa medicina, isto é, com qualidade técnica, humanizada, ética e socialmente responsável, tanto no ambiente físico quanto no digital. E por fim, pensemos nas habilidades que o paciente precisa ter para receber atendimento no ambiente digital, para além da infraestrutura técnica e dos equipamentos, seja *smartphone* ou computador. Inicialmente, observamos que o paciente precisa de *letramento digital*, em outras palavras, ser capaz de usar a tecnologia e se comunicar por meio de equipamentos tecnológicos. A qualidade da informação prestada pelo paciente ao profissional precisa ser boa, visto que este não tem a possibilidade de examinar o paciente, e por isso, é importante algum *letramento em saúde*, ou seja, o sujeito precisa ser capaz de compreender informações de saúde e tomar decisões

adequadas (MARAGNO, MENGUE, MORAES et al., 2019), ser capaz de observar seus sintomas e queixá-los de modo compreensível, em outras palavras, ter a habilidade de comunicar suas necessidades de saúde para o médico. Porém, é esperado que na medida em que novos modos de monitoramento da saúde sejam desenvolvidos (softwares, sensores, equipamentos), a avaliação do paciente pelo médico será facilitada e menos dependente da expressão do paciente. A comunicação entre o médico e paciente idoso tende, portanto, a se concentrar durante a consulta médica na compreensão dos valores, desejos e preferências do paciente e a tomada de decisões - apoiadas pela tecnologia - ser centrada na pessoa idosa.

## **Considerações finais**

Presenciamos um imenso desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação e a telemedicina apresenta-se como um meio de ampliar o atendimento médico aos idosos e superar barreiras físicas e geográficas. Transformar esse potencial em atendimento médico concreto, adequado e de qualidade é uma perspectiva atual e um desafio, que envolve segurança de dados médicos, custos e inclusão digital. Ao mesmo tempo, o estabelecimento de critérios de boas práticas na telemedicina envolve refletir sobre bioética, proximidade e humanidade. A compreensão do envelhecimento como uma trajetória que pode ser saudável e os modos de cuidado à saúde adequados a esta fase da vida são importantes para fazer da telemedicina uma ferramenta útil e adequada à pessoa idosa.

Para que essa tecnologia possa ser usada de maneira adequada e com o objetivo de ser mais um recurso no atendimento aos idosos, é preciso, como nos apontou Elias, nos aprofundarmos no conhecimento do que seja a experiência concreta do envelhecimento para cada um daqueles que a vivenciam, bem como não perdermos de vista que longevidade não quer dizer não morrer, ao contrário, somos convidados a entender cada vez mais a morte como parte de nossa condição humana, com a qual cedo ou tarde iremos nos deparar, como no belíssimo conto de Mía Couto intitulado *A fogueira*:

No dia seguinte, o velho foi acordado pelos seus próprios ossos que o puxavam para dentro do corpo dorido.

— Estou a doer-me, mulher. Já não aguento levantar.

A mulher virou-se para ele e limpou-lhe o suor do rosto.

— Você está cheio com a febre. Foi a chuva que apanhaste.

— Não mulher. Foi que dormi perto da fogueira.

— Qual fogueira?

Ele respondeu um gemido. A velha assustou-se: qual o fogo que o homem vira? Se nenhum não haviam acendido?

Schopenhauer entendia que começamos a envelhecer assim que nascemos, sendo a velhice a coroação da existência, por isso é preciso saber envelhecer bem, em cada fase da vida. Este é o desafio e, ao mesmo tempo, a possibilidade, enquanto contemplamos a fogueira que se acende para cada um de nós.

## Referências Bibliográficas

AFRIYIE, Bright Siaw. Concise ICT Fundamentals Volume One. United States: Trafford Publishing, 2012.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; JUCÁ, Vlândia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2002. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400019>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

ARAÚJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.21, n.4, 2012. Disponível em [[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso)]. Acesso em: 01 nov. 2021.

BOARD ON HEALTH CARE SERVICES; Institute of Medicine. *The Role of Telehealth in an Evolving Health Care Environment: Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2012.

BORGES, Gabriel Mendes. A transição da saúde no Brasil: variações regionais e divergência/convergência na mortalidade. *Cadernos de*

Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.33, n.8, 2017. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/0102-311X00080316>]. Acesso: 01 nov. 2021.

CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2020.

CESARI, Matteo; CARVALHO, Islene Araujo de; THIYAGARAN, Jotheeswaran Amuthavalli; COOPER, Cyrus Cooper; MARTIN, Finbarr C; REGINSTER, Jean-Yves; VELLAS, Bruno; BEARD, John R. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *The Journals of Gerontology: Series A*. United States, v. 73, Issue 12, 2018, Disponível em: [<https://doi.org/10.1093/gerona/gly011>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

ELIAS, Norbert. Envelhecer e Morrer. A solidão dos moribundos, seguidos de Envelhecer e Morrer. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EVERT, Jessica; LAWLER, Elizabeth ; BOGAN, Hazel ; PERLS, Thomas. Morbidity Profiles of Centenarians: Survivors, Delayers, and Escapers. *The Journals of Gerontology: Series A*. United States, v.58, Issue 3, 2003. Disponível em: [<https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M232>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

Lara Miguel Quirino Araújo  
Viviane Cristina Cândido  
Luciano Vieira de Araújo

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite; DANCZUK, Rutes de Fátima Terres; PAINAZZER, Daiany; PAULA JUNIOR, Newton Ferreiar de; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino Dos. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. História da Enfermagem: Revista Eletrônica. Brasília, v.3, n.1, 2012. Disponível em <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em 1 nov 2021.

MARAGNO, Carla Andreia Daros; MENGUE, Sotero Serrate; MORAES, Cassia Garcia; REBELO, Marcell Vilaverde Diello; GUIMARÃES, Ana Maria de Mattos; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. Teste de letramento em saúde em português para adultos. Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro: v.22, 2019. Disponível em: [<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kzZkT67nn6S7rfSxW8nRSLp/?format=pdf&lang=pt>]. Acesso em: 10 nov. 2021.

NESBITT, Thomas S.; KATZ-BELL, Jana. Chapter 1: History of Telehealth in Understanding Telehealth. In Elizabeth A. Krupinski EA 2018 McGraw-Hill Education. Disponível em: [<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2217&sectionid=187794434>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do e CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de

Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2008. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

ROWE, John W and KAHN, ROBERT L. Successful Aging. *The Gerontologist*. United States, v.37, Issue 4, 1997. Disponível em: [<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Human aging: usual and successful. *Science*. United States, v.237, n. 4811, 1987. Disponível em: [<https://www.science.org/doi/10.1126/science.3299702>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; GUERRA, Alexandre; GUILLOUX, Aline Gil Alves; BRANDÃO, Ana Pérola Drulla; MIOTTO, Bruno Alonso; ALMEIDA, Cristiane de Jesus; GOMES, Jackeline Oliveira; MIOTTO, Renata Alonso. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em [[https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/Demografia-Medica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/Demografia-Medica2020_9DEZ.pdf)]. Acesso em: 01 nov 2021.

SCHOPENHAUER, Arthur. *El arte de envejecer*. Madrid: Alianza Editorial, 2010.

Lara Miguel Quirino Araújo  
Viviane Cristina Cândido  
Luciano Vieira de Araújo

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2007. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

SMITH, Barbara Herrnstein. Crença e resistência: a dinâmica da controvérsia intelectual contemporânea. Trad. Maria Elisa Marchini Sayeg. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v. 21, n.4, 2012. Disponível em: [[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso)]. Acesso em 01 nov. 2021.

VON FABER, Margaret; BOOTSMA-VAN, der Wiel Annetie; van EXEL, Eric; GUSSEKLOO, Jacobijn; LAGAAY, Anne M; van DONGEN, Els; KNOOK, Dick L; van der GEEST, Sjaak; WESTENDORP, Rudi GJ. Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *JAMA Internal Medicine*. V. 10, n. 24, 2001. Disponível em: [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/752299>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

WIKIPEDIA. Information and communications technology. 2021. Disponível em: [[https://en.wikipedia.org/wiki/Information\\_and\\_communications\\_technology#cite\\_note-3](https://en.wikipedia.org/wiki/Information_and_communications_technology#cite_note-3)]. Acesso em: 01 nov. 2021.

WHO, World Health Organization. Un decade of healthy ageing 2021-2030. WHO,2020, site. Disponível em: [<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>]. Acesso em: 01 nov 2021.

\_\_\_\_\_, Decade of Healthy Ageing 2020–2030, Documento 1, 2020. Disponível em: [[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_25&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true)]. Acesso em: 01 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Decade of healthy ageing: baseline report. Documento 2, 2020. Disponível em: [<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>]. Acesso em: 01 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em [[https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6)]. Acesso em: 01 nov. 2021.

Lara Miguel Quirino Araújo  
Viviane Cristina Cândido  
Luciano Vieira de Araújo

\_\_\_\_\_. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: [[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)]. Acesso em: 01 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: [[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)]. Acesso em: 01 nov 2021.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano e CASTELLO JÚNIOR, Clóvis. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n. 2, 2013. Disponível em: [<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/445/387>]. Acesso em: 01 nov. 2021