

# Barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas



**OPAS**



Década  
do envelhecimento  
saudável  
nas Américas

Década do Envelhecimento Saudável nas Américas

situação e desafios



# Barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas

Washington, D.C., 2023



*Barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas*

ISBN: 978-92-75-72698-3 (PDF)

ISBN: 978-92-75-72699-0 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2023**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 Organizações Intergovernamentais da Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



De acordo com os termos da licença, é permitido copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que se utilize a mesma licença ou uma licença equivalente da Creative Commons e que ela seja citada corretamente, conforme indicado abaixo. Nenhuma utilização desta obra deve dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. Não é permitido utilizar o logotipo da OPAS.

**Adaptações:** em caso de adaptação da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As opiniões expressas nesta adaptação são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição da OPAS”.

**Traduções:** em caso de tradução da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação não é uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo nem pela exatidão da tradução”.

**Citação sugerida:** Organização Pan-Americana da Saúde. *Barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas*. Washington, DC: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726983>.

**Dados de catalogação:** podem ser consultados em: <http://iris.paho.org>.

**Vendas, direitos e licenças:** para adquirir publicações da OPAS, entrar em contato com [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, ver [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiais de terceiros:** caso um usuário deseje reutilizar material contido nesta obra que seja de propriedade de terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe a ele determinar se necessita de autorização para tal reutilização e obter a autorização do detentor dos direitos autorais. O risco de ações de indenização decorrentes da violação de direitos autorais pelo uso de material pertencente a terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

**Avisos legais gerais:** as denominações utilizadas nesta publicação e a forma como os dados são apresentados não implicam nenhum juízo, por parte da OPAS, com respeito à condição jurídica de países, territórios, cidades ou zonas ou de suas autoridades nem com relação ao traçado de suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode não haver total concordância.

A menção a determinadas empresas comerciais ou aos nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, nomes de produtos patenteados são grafados com inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para confirmar as informações constantes desta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, expressa ou implícita. O leitor é responsável pela interpretação do material e seu uso; a OPAS não poderá ser responsabilizada, de forma alguma, por qualquer prejuízo causado por sua utilização.

FPL/HL/2023

# Sumário

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>v</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Acesso aos serviços de saúde.....</b>	<b>2</b>
<b>Conceptualização das barreiras .....</b>	<b>4</b>
<b>Barreiras de acesso aos serviços de saúde .....</b>	<b>7</b>
Necessidades de atenção à saúde .....	7
Percepção de necessidades e desejo de atendimento.....	10
Proximidade dos serviços de saúde .....	10
Capacidade de perceber as necessidades de atenção à saúde .....	11
Busca por serviços de saúde .....	12
Aceitação dos serviços de saúde .....	12
Capacidade de buscar serviços de saúde.....	13
Chegada aos serviços de saúde .....	15
Disponibilidade oportuna .....	15
Capacidade de chegar aos serviços de saúde .....	17
Utilização dos serviços de atenção primária e hospitalares .....	18
Acessibilidade econômica .....	18
Capacidade de pagar .....	20
Consequências da atenção à saúde .....	22
Adequação, continuidade e qualidade dos serviços de saúde .....	22
Capacidade de se envolver com o sistema .....	23
<b>Barreiras de acesso no contexto da pandemia de COVID 19 .....</b>	<b>24</b>
<b>Recomendações.....</b>	<b>25</b>
Necessidades de atenção à saúde .....	25
Percepção de necessidades e desejo de atendimento .....	27
Busca por serviços de saúde .....	28
Chegada aos serviços de saúde .....	29
Utilização dos serviços de atenção primária e hospitalares .....	30
Consequências da atenção à saúde.....	30

Recomendações direcionadas para outros setores .....	31
Contextualização das recomendações.....	31
Problema complexo, solução complexa .....	31
<b>Referências .....</b>	<b>32</b>

## Figuras

Figura 1. Modelo dos elementos essenciais do sistema de saúde da OMS.....	3
Figura 2. Modelo conceitual de acesso aos serviços de saúde.....	5
Figura 3. Índices de prevalência de doenças e incapacidades na população de 60 anos ou mais em sete cidades da América Latina e do Caribe, por faixa etária, 1999 a 2000 .....	8

## Agradecimentos

Esta publicação foi elaborada pela Unidade de Curso de Vida Saudável do Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e foi redigida por Ana Lucía Rosado, com a colaboração de Carolina Hommes, da OPAS.

Esta obra faz parte de uma série intitulada *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas: Situação e Desafios* e é o resultado de uma iniciativa interinstitucional. A série foi coordenada por Patricia Morsch, Enrique Vega e Pablo Villalobos, sob a supervisão de Luis Andrés de Francisco Serpa e Marcos Espinal da OPAS.

O objetivo da série é fazer atualizações periódicas sobre os diferentes aspectos de atuação da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) na Região, bem como sobre outros aspectos relacionados. Agradecemos a colaboração dos especialistas da OPAS, do Sistema das Nações Unidas, do Sistema Interamericano e do meio acadêmico que participaram da iniciativa e fizeram observações e recomendações essenciais para levar o projeto a bom termo.

## Introdução

Em 2025, as pessoas idosas representarão 18,6% da população total na Região das Américas (1). A transição demográfica provocada pelo declínio da taxa de fertilidade e pelo aumento da expectativa de vida leva a um número cada vez maior de pessoas idosas. A tendência é que, em 25 anos, essa população dobre na região (1). Por esse motivo, e em consonância com as prioridades e objetivos do Programa de Envelhecimento Saudável da Organização Pan-Americana da Saúde, é essencial conhecer as necessidades de atenção à saúde dessa população.

Este olhar voltado para o futuro nos obriga a conhecer as necessidades específicas das pessoas idosas. A saúde infantil tem sido uma prioridade para os sistemas de saúde devido à alta incidência de doenças e à mortalidade infantil. Entretanto, em algumas regiões, especialmente nos países desenvolvidos, esses indicadores melhoraram significativamente. Porém, as populações são cada vez mais longevas e, ao atingirem idades avançadas, tendem a apresentar múltiplas doenças que podem levar a deficiências e à dependência de cuidados. Atualmente, essas enfermidades correspondem à principal carga de doença dos sistemas de saúde. Conhecer esse cenário populacional no presente e no futuro alerta os Estados para a necessidade de adaptar os ecossistemas às pessoas idosas.

As pessoas idosas podem ter características que afetam seu acesso aos serviços de saúde e o uso desses serviços em comparação com as jovens. Entre essas características estão a vulnerabilidade econômica e a dependência de familiares mais jovens, a maior prevalência de doenças crônicas e, como resultado, a polifarmácia (2-4). Desse modo, é essencial reconsiderar a atual estrutura dos sistemas de saúde e as condições sociais nas quais vivem as pessoas idosas, pois ambas fazem parte dos determinantes que promovem ou dificultam o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

Perante essa situação, este relatório apresenta algumas das barreiras específicas encontradas pelas pessoas idosas para obter acesso aos serviços de saúde na Região das Américas. As informações apresentadas foram obtidas por meio de uma revisão bibliográfica. Os termos utilizados na pesquisa foram *acceso, servicio de salud, personas mayores, Américas, Latinoamérica e Norte América*. Como resultado, foram encontrados estudos e pesquisas que utilizam dados



de inquéritos populacionais, documentos da literatura cinzenta e documentos de posição.

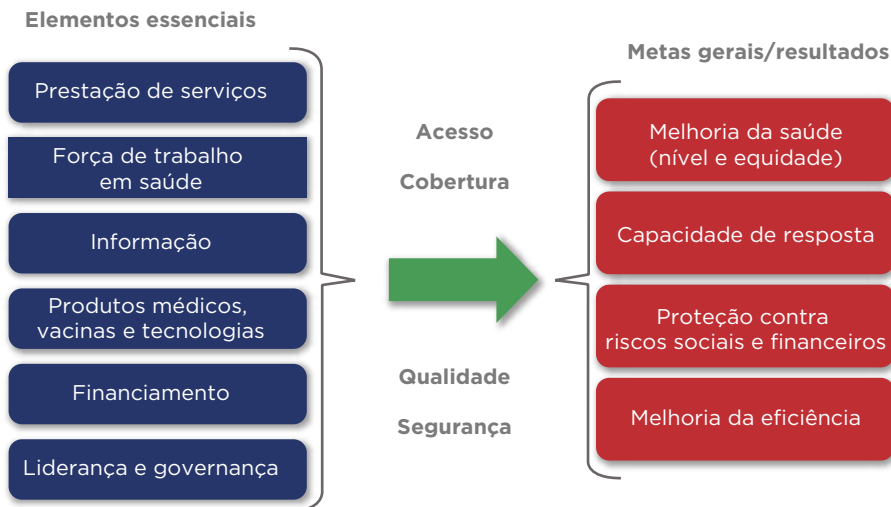
O objetivo deste projeto é conhecer as barreiras enfrentadas pelas pessoas idosas para obter acesso aos serviços de saúde e propor recomendações específicas para a região, a fim de melhorar a saúde e a vida desse grupo populacional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (5), quanto mais acessível o sistema de saúde, mais pessoas o utilizam, já que o acesso revela os resultados finais bons ou ruins do sistema (saúde da população, proteção financeira e grau de satisfação das pessoas). Os capítulos deste relatório foram organizados com base em um modelo de acesso aos serviços de saúde que se julgou relevante para compreender as barreiras percebidas pelas pessoas idosas.

## Acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde é um dos resultados intermediários, ou métricas intermediárias, de alguns modelos de desempenho dos sistemas de saúde (6, 7). Além do acesso, o modelo dos elementos essenciais de um sistema de saúde da OMS define três outros resultados intermediários: a qualidade, a segurança e a cobertura dos serviços de saúde (ver a Figura 1) (6, 7). Esses resultados intermediários estão entre os seis elementos essenciais dos sistemas de saúde - 1) prestação de serviços; 2) força de trabalho em saúde; 3) informação; 4) produtos médicos, vacinas e tecnologias; 5) financiamento; e 6) liderança e governança - e as quatro metas gerais ou resultados finais do sistema de saúde - 1) melhoria da saúde da população; 2) capacidade de resposta ; 3) proteção social e financeira; e 4) melhoria da eficiência (6, 7). Portanto, é fundamental conhecer o desempenho dos resultados intermediários para adaptar e melhorar os elementos essenciais de um sistema de saúde de forma a melhorar os resultados finais.

Na definição de Murray e Frenk (8), o acesso é mais um meio instrumental que um objetivo final. Além disso, segundo o documento *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, da OMS (5), o acesso é um determinante da resposta às expectativas legítimas da população. Como resultado, melhorar os determinantes de acesso aos serviços de saúde ajuda a melhorar o estado de saúde e o grau de satisfação das pessoas e a reduzir o risco financeiro.

**Figura 1.** Modelo dos elementos essenciais do sistema de saúde da OMS



Fonte: Adaptado de Organização Mundial da Saúde. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Genebra: OMS; 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/>

Existem diversas definições de *acesso a serviços de saúde*, mas não há um conceito padronizado em escala mundial (9-11). A heterogeneidade do conceito persiste porque o acesso inclui várias dimensões do sistema de saúde, e até mesmo fatores externos a ele (isto é, determinantes sociais da saúde) (6-11). Este relatório utiliza a definição de acesso da *Estratégia para o acesso universal à saúde* e a cobertura universal de saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): “Acesso significa ter a capacidade de utilizar serviços de saúde integrais, adequados, oportunos e de qualidade no momento necessário” (12).

Assim como existem diversas definições de acesso, também existem várias dimensões subjacentes que determinam esse acesso (10, 13). As dimensões incluídas com mais frequência em modelos e definições de acesso são a disponibilidade, a acessibilidade geográfica e a aceitação (13). Além disso, existe a acessibilidade econômica, a cobertura eficaz e a organização do sistema. Por outro lado, alguns autores<sup>1</sup> catalogam essas dimensões a partir de uma perspectiva econômica, utilizando fatores relacionados à oferta de serviços (o sistema de saúde) e às características da demanda (as pessoas). O objetivo dessas dimensões é estruturar os diferentes fatores envolvidos no acesso aos serviços. Para medi-los, será necessário integrá-los a um modelo para organizá-los no contínuo entre a busca e a obtenção da atenção.

<sup>1</sup> A Organização Pan-Americana da Saúde defende a igualdade de gênero e promove o uso de linguagem inclusiva. Entretanto, em alguns parágrafos o gênero masculino é utilizado para simplificar a leitura.

## Conceptualização das barreiras

As barreiras são os fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Como mencionado anteriormente, um dos modelos conceituais utilizados para organizar as barreiras de acesso aos serviços de saúde é o que diferencia os fatores relacionados à demanda dos fatores associados à oferta no mercado de saúde. Do lado da demanda por serviços de saúde, estão as barreiras que impossibilitam que as pessoas idosas e seus familiares acessem os serviços, que costumam se tratar de fatores pessoais e contextuais da comunidade onde vivem. Os determinantes de oferta, por sua vez, evidenciam fatores inerentes ao sistema de saúde que condicionam o uso dos serviços oferecidos às pessoas idosas e seus familiares (9).

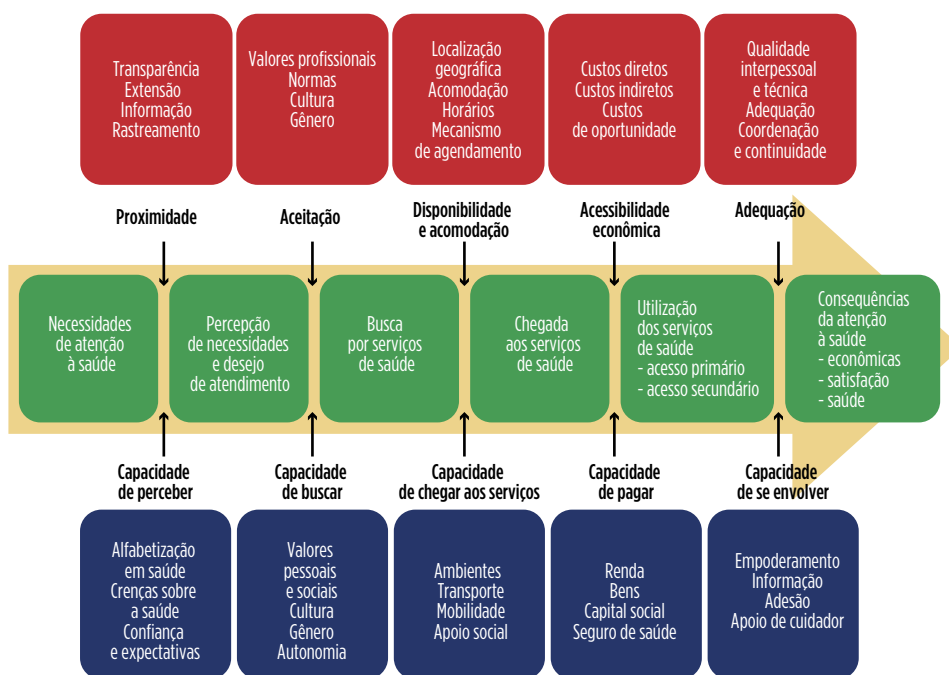
Na maioria dos modelos de acesso, as características do sistema (oferta) são os principais fatores que determinam a interação das pessoas com o sistema. A realidade é que, conforme estabelecido por diversos autores, o acesso aos serviços de saúde também é afetado pelos fatores, características e capacidades existentes na comunidade, nas pessoas e em seus cuidadores ou cuidadoras (9, 10). Levesque et al. (10) descrevem um modelo que inclui a oferta e a demanda em um *continuum* de acesso aos serviços de saúde. Esse modelo é particularmente interessante para analisar as barreiras de acesso das pessoas idosas, já que, além de considerar cinco dimensões do sistema de saúde (oferta) que promovem ou impedem o acesso, também define cinco capacidades das pessoas, de seus cuidadores ou cuidadoras e das comunidades (demanda) para obter um acesso efetivo. Esse conceito de *capacidade* permite discernir capacidades de distintas populações, o que significa que esse modelo é útil para caracterizar as barreiras específicas enfrentadas pelas pessoas idosas. Por esse motivo, esse modelo será utilizado neste relatório para descrever os achados sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas. A descrição de cada etapa e das dimensões de acesso se encontra no início da seção correspondente.

Em contraste, o modelo de Levesque (10) permite determinar barreiras no *continuum* de cuidados, o que também ajuda a identificar necessidades específicas das pessoas idosas em diferentes fases da sua interação com o sistema de saúde, com o objetivo de realmente melhorar sua saúde e sua satisfação com o serviço. Nesse sentido, um inquérito populacional realizado em 2000 em quatro cidades da Região das Américas (Cidade do México, Montevideu, Santiago e São Paulo) revelou que 70% das pessoas idosas tinham uma doença

crônica (2), o que sugere que a maior parte desse grupo populacional estabelecerá um contato frequente e contínuo com o sistema.

Para identificar as barreiras que as pessoas idosas enfrentam para acessar os serviços de saúde, é preciso conhecer os fatores envolvidos no *continuum* de acesso, tanto do ponto de vista da oferta (sistema de saúde) quanto da demanda (pessoas e comunidade) (ver a Figura 2).

**Figura 2.** Modelo conceitual de acesso aos serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.

Como se pode observar, o acesso resulta da interação de diversos fatores (de oferta e de demanda), de tal forma que intervir em um deles aumentaria a probabilidade de que as pessoas idosas interajam com o sistema e melhorem seu estado de saúde. Entretanto, mesmo que se estabeleça um modelo conceitual para compreender de forma organizada as dimensões correspondentes às barreiras de acesso, deve-se ter em mente que elas estão entrelaçadas. Conforme mencionado por Jacobs et al. (9), as barreiras de acesso nem sempre são mutuamente exclusivas, elas podem interagir entre si e influenciarem umas às outras. Da mesma forma, o uso dos serviços de saúde não é equiparável ao acesso, é simplesmente uma evidência de que os serviços foram acessados, independentemente das barreiras que precisaram ser

superadas ou dos determinantes que impediram o acesso de outras pessoas, ainda que necessitassem desses serviços (4, 14). Contudo, para melhorar o acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde, será preciso reduzir ou eliminar as diversas barreiras encontradas e desenvolver sistemas centrados nas pessoas idosas que lhes permitam interagir com o sistema de uma forma amigável.

*A Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* da OPAS apresenta ainda o conceito de *acesso universal*, definido como “a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, de organização ou de gênero. O acesso universal é alcançado com a eliminação progressiva das barreiras que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços de saúde integrais, estabelecidos em nível nacional, equitativamente” (12). Assim, a determinação das barreiras que impedem o acesso e a redução ou eliminação dessas barreiras serão o meio de possibilitar que os serviços de saúde sejam oferecidos de forma equitativa a toda a população. Da mesma forma, segundo Wallace et al. (2), o acesso será equitativo quando o único determinante para se recorrer a serviços de saúde seja a necessidade de atenção à saúde.

Para concluir, o último elemento do modelo de Levesque (10), referente às consequências da atenção à saúde, é determinado pela capacidade das pessoas de se envolverem e pela adequação do sistema. Essas dimensões, por sua vez, estão relacionadas à cobertura eficaz dos serviços de saúde e à sua qualidade. A cobertura eficaz é um conceito de uso recente, ao qual alguns modelos atribuem subdimensões como a qualidade dos serviços e a oportunidade de utilizá-los quando necessário (13). Entretanto, como no modelo de elementos essenciais do sistema de saúde da OMS a qualidade e a cobertura são vistas como dois resultados intermediários independentes do acesso, elas não serão analisadas neste relatório. Quanto a isso, deve-se observar que outros autores também argumentaram que esses conceitos de adequação não devem ser incorporados ao acesso (15). O mesmo ocorre com a maioria das barreiras associadas à falta de qualidade dos serviços de saúde, pois se apresentam quando a pessoa já está utilizando os serviços. Não obstante, embora essa categoria não esteja detalhada neste relatório por estar fora do seu escopo, a qualidade dos serviços representa uma área de grande interesse para pesquisa, pois está associada às dificuldades que as pessoas idosas enfrentam ao interagir com o sistema (como tempos de espera longos, complexidade da atenção devido ao grande número de diagnósticos e especialistas e interação com diferentes níveis de atenção). Como hemos avanzado, el uso del modelo de Levesque et

al. (10) permite establecer las necesidades y habilidades de la persona que determinan su acceso a los servicios de salud.

Conforme mencionado, o uso do modelo Levesque (10) permite definir as necessidades e capacidades da pessoa que determinam seu acesso aos serviços de saúde. Este relatório utiliza o conceito de *pessoa*, em vez de *paciente*, já que aplica uma abordagem de atenção centrada na pessoa.

## Barreiras de acesso aos serviços de saúde

### Necessidades de atenção à saúde

A primeira etapa para determinar as barreiras de acesso aos serviços de saúde é conhecer as necessidades de atenção à saúde da população. Nesse sentido, a pesquisa epidemiológica permite compreender as principais doenças e deficiências apresentadas, no caso, por pessoas idosas. Com isso em mente, um primeiro ponto de partida para que os sistemas explorem essas necessidades é o conceito de *envelhecimento saudável*, cunhado pela OMS, que destaca a habilidade funcional e as capacidades intrínsecas das pessoas idosas.

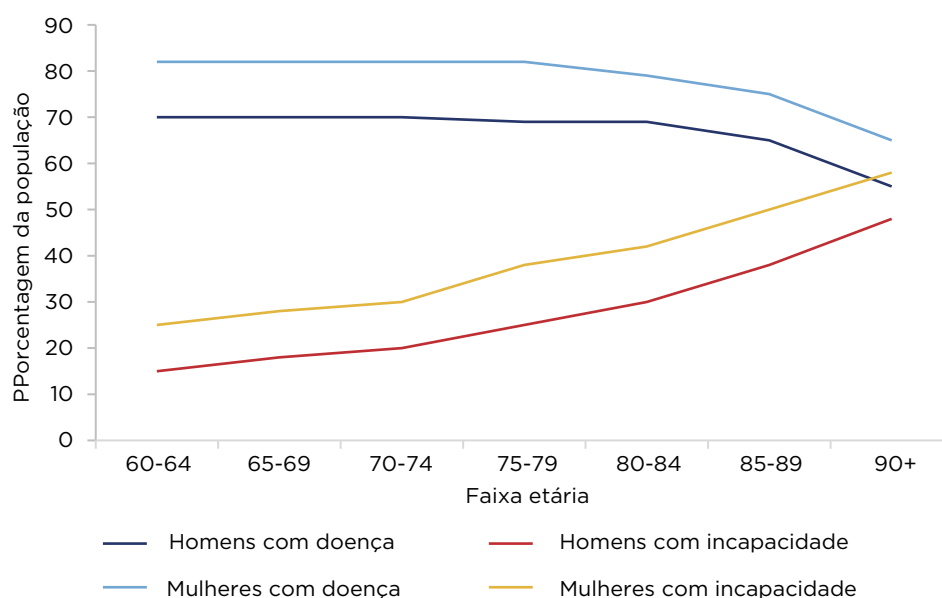
A habilidade funcional, principal propriedade do envelhecimento saudável, refere-se aos “atributos relacionados à saúde que permitem que uma pessoa seja e faça o que é importante para ela” [tradução livre] (16). Determinar esses atributos permitiria reformular os sistemas com o objetivo de prestar atenção integral e centrada nas pessoas idosas. A capacidade intrínseca, por sua vez, refere-se à “combinação de todas as capacidades físicas e mentais de que dispõe uma pessoa” (16) e, portanto, é parte fundamental da habilidade funcional, juntamente com os ambientes onde as pessoas idosas vivem.

Diversos estudos documentaram as necessidades de atenção à saúde das pessoas idosas. Na Região das Américas, entre 70% e 80% das pessoas idosas sofrem de uma ou mais doenças crônicas. Além disso, 50% têm múltiplas doenças crônicas e 60% tomam três ou mais medicamentos prescritos (2,4). Em contraste, um inquérito populacional mostrou que apenas 20,7% das pessoas com mais de 60 anos relatavam ter boa saúde (17).

Similarmente, sabemos que, a partir dos 60 anos de idade, as deficiências começam a aumentar consideravelmente. Segundo uma

análise do envelhecimento na América Latina e no Caribe realizada pelo Banco Mundial (17), a prevalência da incapacidade aumenta progressivamente a partir dos 60 anos, tanto nos homens quanto nas mulheres (ver a Figura 3). Assim, quanto maior a expectativa de vida, maior a proporção de pessoas com incapacidades. Portanto, os esforços de promoção da saúde a partir dos 60 anos devem adotar uma abordagem que inclua medidas voltadas para a redução das incapacidades. Isso está relacionado à abordagem de curso de vida, um conceito promovido pela OMS e pela OPAS há alguns anos. A OPAS define curso de vida como “a relação dinâmica entre as exposições anteriores ao longo da vida com os desfechos de saúde subsequentes e os mecanismos pelos quais as influências positivas ou negativas moldam as trajetórias humanas e o desenvolvimento social, impactando os desfechos de saúde do indivíduo e da população” (18). Segundo essa definição, o que se faz ou deixa de fazer em qualquer fase da vida terá consequências para as trajetórias de saúde e de capacidade e, conseqüentemente, para os resultados de saúde das pessoas idosas.

**Figura 3.** Índices de prevalência de doenças e incapacidades na população de 60 anos ou mais em sete cidades da América Latina e do Caribe, por faixa etária, 1999 a 2000



Fonte: Adaptado de Cotlear D. El envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina? Washington D.C.: Banco Mundial; 2011. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2542?locale-attribute=es>.

Essas informações deixam claro que as pessoas idosas têm necessidade de acesso a serviços de saúde. Para atendê-la, será preciso que essas necessidades sejam vistas tanto do lado da oferta quanto da demanda.

Nesse sentido, é fundamental haver sistemas de informação que gerem dados sobre pessoas idosas; entretanto, a maioria dos sistemas de saúde não mede adequadamente as necessidades e diferenças existentes entre as pessoas idosas por meio da utilização de dados desagregados (17).

Os inquéritos populacionais são um método muito importante para identificar e medir barreiras de acesso aos serviços de saúde. Na Região das Américas, porém, muitos desses inquéritos são realizados exclusivamente com crianças, mães e adultos jovens de 49 anos de idade ou menos (como a Pesquisa Demográfica e de Saúde e a Pesquisa de Indicadores Múltiplos por Conglomerados). Isso ignora as vozes das pessoas idosas, cujas características e dificuldades são completamente diferentes das de populações mais jovens. Em alguns países, porém, existem pesquisas voltadas especificamente para as pessoas idosas, como no México, no Brasil, nos Estados Unidos e no Canadá:

- México: Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2018)
- Brasil: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos (ELSI) (2015)
- Estados Unidos da América: Health and Retirement Study (2016)
- Canadá e Estados Unidos da América: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults in 11 Countries (2014)

Alguns dos resultados utilizados neste relatório são derivados da análise dos dados de algumas dessas pesquisas.

Além disso, existem inquéritos populacionais nacionais, que em alguns casos geram informações desagregadas por idade. A pesquisa realizada para este relatório identificou somente uma pesquisa sub-regional centrada em pessoas idosas nas Américas, o estudo Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), realizado pela OPAS em 1999 e 2000. A partir dessa pesquisa, obtiveram-se vários dos estudos e das informações que estão detalhados neste relatório. Entretanto, como a pesquisa foi realizada há mais de 20 anos, seria importante atualizar essas informações a fim de entender o contexto atual e reformular os sistemas de saúde de acordo com as novas necessidades das pessoas idosas. Assim como o UNICEF introduziu em 1990 a Pesquisa de Indicadores Múltiplos por Conglomerados, centrada em crianças e mulheres, seria preciso desenvolver algo semelhante para pessoas idosas.



É importante observar também que as capacidades e necessidades de atenção à saúde das pessoas idosas são heterogêneas. Essa coorte tem diferentes níveis de habilidade funcional. Por isso, generalizar as características de algumas das pessoas que fazem parte desse grupo excluiria muitas outras, como as que estão envelhecendo de forma saudável. Por outro lado, é importante destacar que a idade cronológica não implica necessariamente perda de habilidade funcional ou saúde precária. Por exemplo, há pessoas com idades entre 60 e 69 anos com mais necessidades de atenção à saúde que outras maiores de 70 anos. É por esse motivo que, nas recomendações, apela-se pela realização de estudos que abordem a heterogeneidade das necessidades, características e capacidades das pessoas idosas.

Embora a maioria dos estudos considerados na elaboração deste relatório compare as diferentes características (principalmente sociais) das pessoas idosas, não se encontrou nenhum que comparasse as capacidades das pessoas idosas com as de populações mais jovens. A realização de estudos voltados para a diferenciação das barreiras por faixa etária poderia salientar que as pessoas idosas têm mais necessidades de atenção à saúde, mas enfrentam mais barreiras de acesso a esses serviços.

## **Percepção de necessidades e desejo de atendimento de saúde**

Após as necessidades de atenção à saúde terem sido determinadas, será importante que, do ponto de vista da oferta, o sistema de saúde garanta a proximidade dos serviços correspondentes. Do ponto de vista da demanda, as pessoas, os cuidadores e as comunidades respondem a essa proximidade com a capacidade de perceber necessidades de atenção à saúde (10).

## **Proximidade dos serviços de saúde**

A proximidade dos serviços de saúde à população é o fator que permite que os sistemas promovam os recursos e serviços de saúde disponíveis para diferentes populações. Levesque et al. (10) colocam a transparência, as atividades de extensão, a divulgação de informações e o rastreamento como medidas fundamentais para aproximar o sistema de seus usuários.

Após as necessidades específicas das pessoas idosas terem sido determinadas, é essencial que o sistema de saúde chegue até elas usando comunicação direcionada especificamente para esse grupo populacional, pois suas necessidades de atenção são maiores e o acesso

aos serviços de saúde pode, em grande parte, preservar sua habilidade funcional. A difusão das atividades de prevenção, imunização, etc., por exemplo, é menor entre as pessoas idosas que detectaram barreiras em seus cuidados. Segundo um estudo realizado nos Estados Unidos da América, as pessoas idosas que percebem barreiras de acesso a serviços de saúde têm menor probabilidade de receber orientações relacionadas à medicina preventiva e à saúde pública. Além disso, as pessoas idosas que percebiam essas barreiras tinham maior probabilidade de não receber os cuidados preventivos recomendados, como vacinas e exames periódicos, e maior probabilidade de ter necessidades não atendidas de atenção à saúde, que aumentam quando se percebem múltiplas barreiras (4). As atividades preventivas são um eixo vital para evitar deficiências e complicações decorrentes de doenças crônicas. Dessa forma, sua divulgação adequada reduzirá a sensação de que existem barreiras de acesso ao sistema.

Em alguns dos países da Região das Américas, uma resposta para aumentar a proximidade dos serviços de saúde foram as visitas médicas domiciliares. Esses programas têm mostrado benefícios para a saúde das pessoas idosas (19). Como representam uma variável da localização dos serviços de saúde, serão discutidos na subseção sobre disponibilidade oportuna (14).

### **Capacidade de perceber as necessidades de atenção à saúde**

Assim como o sistema de saúde tem a responsabilidade de se aproximar das pessoas para melhorar o acesso, os usuários também devem ter a capacidade de perceber suas necessidades de atenção à saúde a fim de buscar os serviços. Essa capacidade pode ser influenciada pelo nível de alfabetização em saúde, as crenças sobre doenças e a saúde, bem como pelas expectativas das pessoas com respeito ao sistema de saúde e sua confiança nele (10).

Pessoas com mais de 60 anos tendem a não utilizar serviços de saúde, ainda que percebam alguma necessidade de cuidados. Segundo um relatório do Banco Mundial que analisa os dados do Programa para Melhoria das Pesquisas e Medição das Condições de Vida na América Latina e Caribe (MECOVI), realizado entre 1997 e 1999 pelo Banco Mundial, pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), as discrepâncias entre as necessidades e a utilização dos serviços de saúde são mais comuns entre pessoas idosas comparadas às jovens, embora sejam semelhantes às das crianças (17). Entre as pessoas idosas, o uso de serviços de saúde não aumentou com a mesma rapidez que a

percepção da necessidade de buscar esses serviços (17). Além disso, observou-se que essas discrepâncias estão mais associadas à renda do que à idade. Não é de surpreender, portanto, que a maioria dos estudos publicados que abordam as barreiras encontradas pelas pessoas idosas correlacionem predominantemente as variáveis socioeconômicas com o acesso.

Por outro lado, o estado de saúde das pessoas idosas na região foi relacionado à probabilidade de buscar atendimento médico no ano anterior. Pessoas idosas que tinham uma percepção ruim sobre a própria saúde, uma doença crônica ou alguma incapacidade para realizar atividades da vida diária tinham uma probabilidade menor de não ter feito uma consulta médica no ano anterior ao estudo e uma probabilidade maior de haver percebido barreiras de acesso aos serviços de saúde (2). Esses achados podem ser utilizados para direcionar os esforços de redução das barreiras de acesso para esses grupos específicos.

## **Busca por serviços de saúde**

A terceira etapa do processo de acesso aos serviços de saúde consiste na busca pelos serviços disponíveis. Do ponto de vista da oferta, a aceitação está relacionada às características culturais e sociais sobre as quais os sistemas de saúde estão organizados (10). Esses fundamentos que embasam a organização dos sistemas determinarão, do ponto de vista da demanda, a capacidade das pessoas idosas de buscar serviços de saúde para atender às suas necessidades percebidas de atenção.

## **Aceitação dos serviços de saúde**

Segundo o modelo de Levesque (10), os fatores sociais e culturais do sistema de saúde que determinam a aceitação dos serviços incluem os valores profissionais, as normas, a cultura e o gênero dos diversos profissionais de saúde. Na busca de literatura para elaboração deste relatório, foram encontradas poucas informações sobre a relação desses fatores com a decisão das pessoas idosas de buscar os serviços de saúde e as barreiras de acesso enfrentadas por elas.

Alguns dos achados revelam que o idadismo, definido como “estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) direcionadas [sic] às pessoas com base na idade delas”, foi identificado como uma barreira de acesso aos serviços de saúde por pessoas idosas (20). Especificamente, o idadismo

institucional, que inclui as normas e regras das instituições, reduziu o acesso desse grupo populacional a procedimentos e tratamentos e sua participação em ensaios clínicos (3).

Com relação ao idadismo, nota-se falta de conhecimento entre os profissionais de saúde sobre aspectos e características que definem as doenças que costumam afetar as pessoas idosas. O desconhecimento sobre as necessidades específicas dessa população leva a uma diminuição no número de diagnósticos realizados ou a demoras em fazer o diagnóstico (3). Isso impede o acesso oportuno das pessoas idosas aos cuidados de saúde, o que, por sua vez, pode causar mais complicações e deficiências. A falta de conhecimento dos profissionais de saúde pode ser um reflexo do idadismo das instituições de educação em saúde ou de uma tendência a priorizar a saúde materna e infantil, conforme estabelecido pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Durante a sua formação, os estudantes de medicina passam o triplo de tempo dedicados à pediatria do que à geriatria. De fato, foram encontrados programas curriculares que não incluem nenhuma formação em geriatria (3). O conhecimento dos profissionais de saúde sobre as necessidades específicas das pessoas idosas ajudará a melhorar a aceitação dos serviços de saúde e, assim, a reduzir as barreiras de acesso para esse grupo populacional. Para tanto, 194 nações reunidas na 69ª Assembleia Mundial da Saúde criaram a Campanha Mundial contra o Idadismo, com o objetivo de reduzir ou eliminar a discriminação contra as pessoas idosas devido à idade (21). Com base nisso, foi publicado em 2021 o *Relatório mundial sobre o idadismo*, que fornece evidências e propõe medidas específicas para os Estados e seus principais atores públicos e privados para melhorar a situação atual de idadismo no mundo (20). Além disso, criou-se um kit de ferramentas (22) para que a população geral aprenda o que é idadismo, aborde esse tópico nas comunidades, conscientize-se e divulgue a mensagem nas redes sociais usando a hashtag #AWorld4AllAges (um mundo para todas as idades).

## Capacidade de buscar serviços de saúde

A capacidade das pessoas de buscar serviços de saúde está relacionada ao conhecimento das opções disponíveis e do direito à saúde, bem como à autonomia e à capacidade de buscar atendimento. Segundo Levesque et al. (10), essa capacidade é influenciada pelos valores pessoais, pela cultura e até mesmo pelo gênero.

Embora a idade já seja um determinante importante de acesso para todas as pessoas, a desagregação dessa coorte de maiores de 60

anos em grupos menores revela importantes diferenças entre eles. Em algumas cidades na Região das Américas, a idade das pessoas idosas foi correlacionada à probabilidade de buscar serviços médicos. É mais provável que pessoas com idades entre 60 e 69 anos não tenham buscado atendimento de saúde do que as maiores de 69 anos (2). Os motivos dessas diferenças poderiam ser explorados mais a fundo.

Entre as pessoas idosas, o fator da incapacidade constitui uma barreira importante, pois limita a autonomia e a independência na busca por serviços de saúde. A presença de incapacidades entre as pessoas maiores de 60 anos é maior do que em idades mais jovens e, como indicado anteriormente, essas incapacidades aumentam gradativamente com o passar dos anos. Muitas dessas características levam a limitações na realização das atividades da vida diária. Um estudo correlacionou essas atividades com o patrimônio das pessoas idosas. Assim, pessoas com maior poder aquisitivo tinham menos limitações do que pessoas de níveis socioeconômicos baixos (2). Portanto, os programas voltados para a melhoria das atividades da vida diária poderiam ser direcionados mais especificamente para populações com menos recursos. Outro exemplo seriam deficiências relacionadas à comunicação ou à saúde mental. Um estudo realizado nos Estados Unidos com pessoas que tinham limitações de fala e sintomatologia depressiva mostrou que pessoas com essas características eram mais propensas a perceber barreiras de acesso aos serviços de saúde (4). Pessoas com comprometimento cognitivo têm maior probabilidade de perceber barreiras relacionadas à disponibilidade e à acomodação, e entre as pessoas idosas com alguma dificuldade de fala observou-se uma probabilidade quatro vezes maior de perceber barreiras de acesso do que entre as pessoas que não apresentavam nenhuma dificuldade (4). Esses achados permitem concluir que é importante realizar pesquisas para entender quais são as barreiras percebidas por essas coortes com diferentes deficiências ou incapacidades.

Em termos de diferenças baseadas no gênero, várias publicações relatam que as mulheres com mais de 60 anos utilizam mais os serviços de saúde que os homens da mesma faixa etária. Após controlar por diferenças nas necessidades e fatores facilitadores, um estudo concluiu que, comparadas aos homens, as mulheres com mais de 60 anos eram mais propensas a buscar serviços de saúde (2). Da mesma forma, observou-se que, quando existe cobertura universal, é mais provável que as pessoas idosas que identificam barreiras de disponibilidade sejam homens do que mulheres. Isso poderia ser reforçado pela noção de que as mulheres utilizam mais serviços de atenção primária e recebem mais informações preventivas (4), possivelmente devido ao

maior uso dos serviços de saúde por parte das mulheres por receberem atenção à saúde reprodutiva a partir dos 15 anos de idade. Entretanto, alguns estudos demonstraram que, quando a utilização de serviços relacionados a fatores ginecológicos e obstétricos é omitido, o uso dos serviços de saúde é o mesmo entre homens e mulheres (17).

Lo que no se puede dejar de lado es que en el momento en que las O que não se pode ignorar é que, no momento em que as mulheres têm contato com um serviço de saúde, independentemente do motivo, aumenta a probabilidade de que recebam informações de promoção da saúde e participem de atividades de prevenção e rastreamento. Segundo uma análise do Programa para Melhoria das Pesquisas e Medição das Condições de Vida na América Latina e Caribe (MECOVI), as mulheres idosas percebem mais problemas de saúde do que os homens, independentemente do nível socioeconômico, o que também foi associado ao uso dos serviços de saúde (17). Por sua vez, um estudo realizado com homens maiores de 60 anos constatou que os fatores que limitavam o uso dos serviços de saúde de média e alta complexidade ou a aceitação da internação hospitalar no Brasil eram analfabetismo, falta de seguro privado, diagnóstico recente de doença, dificuldades funcionais e autopercepção de que o próprio estado de saúde era muito precário (23). Esses resultados específicos para os homens mostram que a eficácia comunicativa será essencial para criar uma boa relação e comunicação entre os profissionais de saúde e os homens idosos, pois os estudos mostram que eles parecem ser mais inativos no que diz respeito à saúde.

## **Chegada aos serviços de saúde**

A propriedade de chegada aos serviços de saúde depende, do ponto de vista da oferta, de sua disponibilidade oportuna, e, do ponto de vista da demanda, da capacidade das pessoas idosas de chegar a esses serviços quando precisam deles (10). A chegada aos serviços seria o quarto elemento de acesso no modelo utilizado neste relatório.

### **Disponibilidade oportuna**

Para haver disponibilidade oportuna do sistema de saúde, é preciso que os estabelecimentos e profissionais de saúde estejam ao alcance da população no momento certo. Essa propriedade é determinada pelo número de estabelecimentos de saúde existentes (do primeiro, segundo e terceiro nível de atenção) e pela dotação dos recursos necessários

(recursos humanos, insumos, etc.) para que possam funcionar com eficácia (10). A má distribuição desses recursos gera iniquidade e, portanto, barreiras de acesso para as populações desfavorecidas.

Observou-se que o principal ponto de contato das pessoas idosas com o sistema de saúde é a atenção primária, e que um acesso deficiente a serviços de atenção primária, ou um melhor acesso geográfico a hospitais, aumenta a taxa de internações e as visitas ao pronto-socorro entre as pessoas idosas. De acordo com uma análise da pesquisa SABE, as visitas ambulatoriais foram o principal ponto de entrada das pessoas idosas nos sistemas de saúde da América Latina e do Caribe (2), um achado importante para guiar os programas de cobertura voltados para a população maior de 60 anos. Da mesma forma, observou-se que o acesso à atenção primária pode diferir do acesso aos cuidados hospitalares nesse grupo populacional. Estudos publicados nos Estados Unidos da América e no Brasil constataram que pessoas idosas com menos recursos econômicos utilizavam mais os serviços de atenção hospitalar que as pessoas idosas mais abastadas (14). Um estudo realizado no Texas, Estados Unidos, demonstrou que as pessoas idosas que moravam em regiões com pouco acesso a serviços de atenção primária e com acesso a serviços hospitalares tinham maior probabilidade de ser internadas e atendidas em unidades de emergência para doenças passíveis de tratamento ambulatorial (que, se tivessem sido devidamente tratadas na atenção primária, não teriam exigido internação) (24). Da mesma forma, em Virgínia, Estados Unidos, o acesso a uma unidade de atenção primária está associado a menores taxas de internação evitável entre pessoas idosas (25). Também se observou que, quanto maior o número de doenças crônicas de uma pessoa idosa, maior a probabilidade de internação hospitalar (26). Embora não se conheçam os motivos por trás dessas diferenças, alguns autores invocam o pouco uso dos serviços preventivos e as maiores taxas de comorbidade nas camadas mais pobres (14).

Como indicado na seção sobre a proximidade dos serviços de saúde, os novos modelos de atenção domiciliar vêm obtendo resultados satisfatórios na redução das barreiras de acesso para alguns grupos de pessoas idosas. As visitas domiciliares ajudam a reduzir a desigualdade de acesso em populações com menos recursos e a melhorar o acesso efetivo das pessoas idosas (19). Em sua maioria, esses programas são realizados em comunidades rurais e com poucos recursos. Os programas de visitas médicas domiciliares do Brasil e do Canadá, onde a maior parte do serviço é público, têm se mostrado especialmente favoráveis para as pessoas mais pobres (14), de modo que há menos programas de visitas domiciliares para pessoas idosas em quintis altos de riqueza (2).

Em contraste, nos Estados Unidos, onde a maioria desses programas de visita domiciliar está a cargo de provedores privados, as pessoas idosas com maior poder aquisitivo são as que têm mais acesso (14). O que está claro é que esses programas reduziram a barreira do transporte até as unidades de saúde, portanto será importante expandi-los para mais pessoas idosas e incluir também as que se encontram em quintis mais altos.

## Capacidade de chegar aos serviços de saúde

Por sua vez, as pessoas que necessitam de atenção à saúde precisam ter a capacidade de chegar aos serviços de saúde graças a uma boa mobilidade e à capacidade de se deslocar até os estabelecimentos de saúde. Esses fatores dependem dos ecossistemas, ambientes e regiões onde moram, no caso, as pessoas idosas (10).

Pessoas idosas moradoras de zonas rurais enfrentam uma significativa barreira de acesso. No Brasil, no Chile, no México e no Uruguai, a maioria vivia em comunidades urbanas na época em que a pesquisa SABE foi realizada, em 1999 (2). Um estudo revelou que pessoas com mais de 60 anos que moram em comunidades rurais dos Estados Unidos identificam mais barreiras de acesso a serviços do que as que moram em comunidades urbanas (4). Além disso, no México, pessoas idosas que moravam em comunidades rurais com menos de 2500 habitantes tinham uma probabilidade menor de terem sido internadas no ano anterior e haviam feito menos consultas médicas que pessoas idosas em zonas urbanas (27). Similarmente, outro estudo descobriu que as que moravam em zonas rurais tinham uma probabilidade 77% menor de ter seguro de saúde do que as moradoras de zonas urbanas (28).

Os problemas de acesso relacionados a transporte foram associados ao nível socioeconômico e à idade. Pessoas idosas de baixo nível socioeconômico enfrentam mais barreiras de acesso relacionadas ao transporte do que pessoas nos quintis mais altos de riqueza (14). Por outro lado, é menos provável que pessoas idosas de idade mais avançada precisem fazer percursos longos para chegar aos serviços de saúde (2). Por último, as pessoas idosas que moram com um familiar que completou o ensino secundário têm menos barreiras geográficas de acesso, demoram menos tempo para marcar consultas médicas e têm tempos de espera mais curtos no consultório que as que moram com familiares com escolaridade mais baixa (2).



Para promover comunidades e cidades favoráveis para as pessoas idosas, a OMS (29) publicou em 2007 o *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Esse documento traz diversas recomendações para que os governos e os responsáveis pela adoção de decisões governamentais melhorem os ambientes em que vivem as pessoas maiores de 60 anos. Com a criação desses ambientes favoráveis, esse grupo populacional terá mais oportunidades para manter e melhorar suas capacidades e, assim, sua qualidade de vida. Portanto, uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas é um ambiente melhor para todos.

## **Utilização dos serviços de atenção primária e hospitalares**

O elemento relacionado à utilização tem sido um dos mais estudados no *continuum* de acesso aos serviços de saúde. Segundo Levesque (10), o uso dos serviços depende, do lado da oferta, da acessibilidade econômica do sistema e, do lado da demanda, da capacidade das pessoas de pagar. Com base nesse preceito, o nível socioeconômico, de modo geral, é visto como uma das principais barreiras de acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde (10). Como não é fácil medir o acesso efetivo aos serviços de saúde, a utilização desses serviços é frequentemente utilizada como um indicador indireto para determinar se há diferenças entre os distintos grupos populacionais (11). Porém, esse indicador revela apenas uma pequena parte do percurso contínuo e complexo de acesso aos serviços. Por isso, é importante analisar também outras dimensões, não apenas a dimensão econômica, como no caso da maioria das publicações atuais.

## **Acessibilidade econômica**

O sistema de saúde tem a responsabilidade de oferecer serviços economicamente acessíveis para a população. As características que definem a acessibilidade econômica são fatores como o custo dos serviços e os custos de oportunidade (10). Nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), assim como na maioria dos países europeus, nos quais se oferece cobertura para pessoas idosas, investigam-se as necessidades não atendidas pelo sistema de saúde. Embora a mesma abordagem devesse ser aplicada na Região das Américas, alguns países não concedem cobertura de saúde para as pessoas idosas, o que, sem dúvida, é a primeira barreira de acesso aos serviços de saúde.

O nível de desenvolvimento econômico nacional foi associado à adequação do desempenho e do funcionamento do sistema de saúde. O nível de acesso aos serviços de saúde nas capitais do Brasil, do Chile, do México e do Uruguai é influenciado pela riqueza do país, pelos gastos em saúde e pela organização e prestação dos serviços (2). Segundo Wallace e Gutiérrez (2), o padrão de iniquidade no acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas em algumas das grandes cidades da América Latina resulta da interação entre o padrão de desigualdade econômica e a estrutura do sistema de saúde. Por exemplo, quando a pesquisa SABE foi realizada na Cidade do México em 1999, a barreira de acesso mais importante era a grande proporção de pessoas idosas que não tinham seguro de saúde. Outros estudos constataram que há menos desigualdade de acesso em países com sistemas universais de saúde e, inversamente, maior iniquidade e favorecimento das camadas mais ricas no uso dos serviços de saúde em países que não oferecem cobertura universal, como no México (14).

A conquista da cobertura universal é um fator importante para reduzir as barreiras; no entanto, não basta se concentrar exclusivamente em políticas de acessibilidade econômica. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, onde as pessoas com mais de 65 anos têm cobertura de saúde, cerca de 25% dos entrevistados indicaram perceber múltiplas barreiras em outras dimensões do acesso (4). Nos Estados Unidos, o programa Medicare oferece seguro de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais, o que significa que pessoas de 60 a 65 anos não são elegíveis. Com relação a isso, um estudo mostrou que, das pessoas que não tinham cobertura de saúde, 90% tinham menos de 65 anos. Nessa mesma faixa etária, por sua vez, a probabilidade de detectar barreiras em todas as dimensões do acesso era três vezes maior (4).

Um aspecto importante a ser observado é que, mesmo quando o sistema de saúde oferece cobertura universal, existem algumas formas de medir se o acesso a esses serviços é efetivo. Um exemplo é o México, onde, apesar de contar com seguro de saúde público, as pessoas jovens faziam desembolsos diretos para se consultar em serviços privados de atenção à saúde devido à ineficácia e ineficiência dos serviços públicos (30). Da mesma forma, em Santiago e na Cidade do México, as pessoas idosas que utilizavam os serviços públicos de saúde precisavam de mais tempo para se deslocar até as unidades médicas, demoravam mais para conseguir uma consulta e tinham tempos de espera mais longos no consultório em comparação com as que utilizavam provedores privados (2).

## Capacidade de pagar

Após os custos do serviço terem sido estabelecidos, as pessoas determinam se sua capacidade de pagar é suficiente para financiar suas necessidades de atendimento de saúde sem incorrer em gastos catastróficos (10). Essa capacidade é determinada principalmente pela capacidade de gerar recursos econômicos, o que, no caso das pessoas idosas, tem sido uma variável difícil de medir (14). O motivo é que, em vez de terem rendimento direto por realizarem uma atividade profissional, algumas dessas pessoas se beneficiam de programas sociais, aposentadorias, poupanças ou da renda de familiares diretos. Devido a essa complexidade no que diz respeito à variável econômica, a pesquisa SABE mediu o nível socioeconômico das pessoas idosas em função dos bens que possuíam em casa. De acordo com a análise de Wallace e Gutiérrez (2), a taxa de pobreza entre as pessoas idosas era diferente entre os quatro países estudados, chegando a um terço no México, 10% no Brasil e no Chile e 2,4% no Uruguai.

O nível socioeconômico estava associado em grande parte à utilização dos serviços de saúde entre as pessoas idosas. O acesso obtido (buscar ou não um serviço de saúde ao detectar a necessidade de cuidados) estava relacionado à riqueza das pessoas idosas em Santiago, na Cidade do México e em Montevideú, mas não em São Paulo, talvez pelo fato de o Brasil ter um sistema universal de saúde (2). Os resultados de uma revisão sistemática revelaram menor uso dos serviços de saúde e problemas de acesso a eles entre pessoas idosas com poucos recursos econômicos e nível básico de escolaridade, com variações conforme o país e o tipo dos serviços utilizados e cobertos pelo seguro público de saúde (14). O nível socioeconômico também estava relacionado ao fato de buscar ou não um serviço de saúde, independentemente de outras variáveis. A correlação mostrou que pessoas idosas em camadas socioeconômicas mais baixas tinham uma probabilidade menor de fazer uma consulta médica em comparação com o nível socioeconômico mais alto (2). A mesma relação foi observada para pessoas brasileiras com mais de 65 anos e com seguro de saúde, que fizeram mais visitas a consultórios médicos no período de um ano (14).

A influência do nível socioeconômico não está associada apenas à utilização, mas também ao acesso a serviços especializados ou de nível mais alto. Uma revisão sistemática mostrou que, na maioria dos países, pessoas idosas de camadas socioeconômicas mais elevadas têm uma probabilidade maior de se consultar com especialistas que pessoas idosas pobres (14). O mesmo ocorre no caso dos serviços especializados, como os serviços odontológicos. No Brasil, pessoas

idosas com maior renda e escolaridade tinham uma probabilidade maior de terem utilizado um serviço de saúde bucal que as com renda e nível de escolaridade baixos (14). O serviço de odontologia é um dos serviços clínicos nos quais as desigualdades de acesso devido ao nível econômico são mais evidentes. Outro estudo populacional de pessoas com diabetes maiores de 50 anos, realizado em 2018 como parte do Estudo Nacional de Saúde e Envelhecimento no México (ENASEM), constatou que pessoas com diabetes que tinham seguro de saúde tinham uma probabilidade 57% maior de utilizar um serviço de odontologia que as pessoas sem seguro de saúde. Além disso, a automedicação foi menor entre as pessoas com diabetes que tinham seguro de saúde do que entre as não seguradas (28).

O fato de ter ou não seguro de saúde está correlacionado com um número maior ou menor de barreiras de acesso aos serviços de saúde. O estudo populacional citado, que estudou pessoas com diabetes que têm seguro de saúde, observou que elas têm uma probabilidade 75% maior de buscar serviços médicos que pessoas que carecem de cobertura (28). A principal diferença no nível de utilização dos serviços de saúde se deveu à disparidade na cobertura desses serviços. Embora o Brasil tenha um sistema de cobertura universal de saúde, a população que tem seguro de saúde privado tem uma percepção melhor da própria saúde do que a população coberta pelo seguro público, e a falta de um seguro de saúde privado estava associada a menos visitas a serviços médicos (17,27).

Da mesma forma, o tipo de seguro de saúde (público ou privado) das pessoas estava correlacionado à utilização de serviços médicos. Uma análise realizada em quatro cidades da América Latina identificou que o tipo de seguro de saúde que as pessoas idosas tinham estava associado ao seu nível socioeconômico. É mais provável que pessoas em camadas econômicas altas tenham seguro privado, ao passo que pessoas em níveis baixos tendem a ter seguro público (2). Comparadas às pessoas idosas que tinham seguro de saúde privado, as que tinham seguro público tinham uma probabilidade menor de fazer uma consulta médica. Além disso, era mais provável que as pessoas idosas sem seguro de saúde não tivessem buscado nenhum serviço médico no ano anterior (2).

Por último, mesmo com um sistema de cobertura universal, as pessoas com mais de 60 anos consideram que os desembolsos diretos representam uma barreira importante. Nos Estados Unidos, um fator que limita o uso dos serviços de saúde é o desembolso direto, pois o programa que cobre pessoas com mais de 65 anos,

o Medicare, não cobre todas as despesas de saúde (14). Um estudo de Fitzpatrick et al. (14) verificou que 22,3% das pessoas idosas dos Estados Unidos identifica o desembolso direto como uma barreira importante de acesso às consultas médicas, seguido de problemas de transporte (21%).

## **Consequências da atenção à saúde**

A última etapa do acesso aos serviços de saúde representa os resultados ou objetivos finais do sistema de saúde, ou seja, as consequências da atenção à saúde. Elas incluem a melhoria da saúde, a proteção econômica e o grau de satisfação das pessoas com o serviço. Propriedades relacionadas à adequação do sistema de saúde, do lado da oferta, e à capacidade das pessoas de se envolverem com esse sistema, do lado da demanda, melhorarão esses resultados finais (10).

Como mencionado anteriormente, essa relação com o sistema reflete parte da cobertura eficaz, da qualidade dos serviços de saúde e da interação com o sistema. Por esse motivo e por integrar fatores que vão além das barreiras de acesso, esse não foi um objeto de grande interesse da revisão bibliográfica sobre as barreiras de acesso para pessoas idosas. Apesar disso, por ser um tópico relevante para esse grupo populacional devido às suas constantes interações com o sistema, nesta seção se reconhecem algumas iniciativas na Região das Américas que buscam melhorar essas dimensões.

## **Adequação, continuidade e qualidade dos serviços de saúde**

A adequação do sistema de saúde para que seu uso conduza a melhores resultados de saúde depende da qualidade técnica e interpessoal dos serviços, da adequação e da coordenação e continuidade adequadas da atenção (10).

A maioria das pessoas idosas sofre de doenças crônicas, o que significa que sua interação com o sistema é constante e complexa. Além disso, seus cuidados requerem contato com diferentes níveis de atenção e especialistas. Por isso, é essencial criar sistemas integrados e centrados nas necessidades das pessoas idosas.

O conceito de *atenção integral à saúde* é uma resposta a essas necessidades das pessoas idosas. A OMS define atenção integral como serviços de saúde que são administrados e prestados para que as pessoas recebam cuidados contínuos voltados para promoção

da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, manejo de doenças, reabilitação e serviços paliativos de forma coordenada entre todos os diferentes níveis e estabelecimentos de saúde e, além disso, de acordo com suas necessidades ao longo da vida (31).

Atualmente, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) dos Estados Unidos está fazendo uma campanha denominada *Age-Friendly Health Systems* (sistemas de saúde acolhedores para pessoas idosas), que se concentra nos serviços de nível meso (hospitais). Trata-se de um modelo conceitual que integra quatro pontos principais: harmonizar a atenção com o que mais importa para a pessoa, determinar se os medicamentos interferem em suas necessidades, prevenir a demência e o *delirium* e promover a atividade em benefício da mobilidade.

Outra ferramenta para melhorar a adequação e a qualidade dos serviços de saúde para as pessoas idosas é o manual da OMS *Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária*, publicado em português pela OPAS (32). O manual faz uma série de recomendações para que os profissionais de saúde de atenção primária e comunitária detectem perdas de capacidade intrínseca em pessoas idosas e promovam cuidados para retardar essas perdas. A divulgação dessas informações preventivas centradas nesse grupo populacional, por sua vez, permite melhorar sua qualidade de vida.

### **Capacidade de se envolver com o sistema**

Por último, as pessoas devem ter a capacidade de se envolver com o sistema e de participar no próprio tratamento e atendimento. Isso poderia ser determinado por fatores como o empoderamento, as informações a seu alcance, a adesão ao tratamento e o apoio de um cuidador ou cuidadora (10). O fator determinante do cuidador será também um fator essencial para pessoas idosas que tenham algum grau de dependência ou limitação nas atividades da vida diária.

## Barreiras de acesso no contexto da pandemia de COVID 19

A pandemia de COVID 19 afetou a saúde de muitas pessoas, especialmente pessoas idosas (33). Embora a alta mortalidade causada pela infecção dos maiores de 70 anos por SARS-CoV-2 tenha sido uma das consequências mais visíveis da emergência mundial, ela não foi a única (1, 34). As medidas de distanciamento e isolamento social afetaram a forma de prestação de serviços de diferentes tipos, aumentando assim as barreiras de acesso para populações vulneráveis, como as pessoas idosas (35, 36).

A necessidade de atenção à saúde dessa população é evidente, e alguns estudos documentaram uma deterioração das pessoas idosas com distúrbios cognitivos devido à falta de acesso a serviços de saúde durante a pandemia (34). Um relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento (34) apresenta seis desafios para o atendimento das pessoas idosas durante a pandemia: 1) poucos recursos materiais e administrativos para um cenário da magnitude da pandemia; 2) baixo número de cuidadores que se alternam entre diferentes serviços de longa permanência; 3) uma ideia equivocada sobre a capacidade e os recursos dos serviços de longa permanência; 4) falta de coordenação entre os serviços assistenciais e os serviços de saúde; 5) atenção insuficiente às consequências do isolamento para a saúde mental; e 6) idadismo.

Como mencionado na subseção sobre disponibilidade oportuna, os programas de atenção domiciliar trouxeram melhorias nos resultados de saúde das pessoas idosas. Alguns governos da América Latina e do Caribe implementaram mais programas desse tipo para melhorar o acesso das pessoas idosas a serviços sociais e de saúde durante a pandemia de COVID 19. No Chile, por exemplo, houve esforços para entregar medicamentos e alimentos, auxiliar no recebimento de aposentadorias e prestar serviços de saúde em domicílio para pessoas idosas que tinham dificuldades de locomoção (37).

Por outro lado, as tecnologias de informação e a telemedicina foram uma das soluções oferecidas pelos sistemas de saúde para aproximar os serviços de saúde e promover a atividade física e a mobilidade diante das medidas de distanciamento social (1). No Chile, foram implementados programas de acompanhamento e assistência médica



para pessoas idosas. Em Havana, Cuba, algumas associações civis ofereceram atendimento médico por telefone. Em Guadalajara, México, foi instituída uma linha telefônica para dar apoio social e psicológico às pessoas idosas (37). Embora essas iniciativas sejam bem recebidas, o problema é que nem todas as pessoas idosas possuem os recursos tecnológicos e as capacidades necessárias para conseguir acessar efetivamente esses serviços. Observou-se que as pessoas idosas e as mulheres têm uma menor probabilidade de estarem conectadas à Internet que as pessoas jovens e os homens (38). A redução das barreiras de acesso a esses serviços digitais demanda, portanto, uma redução do fosso digital entre as pessoas idosas.

A pandemia criou uma mudança de paradigma na forma como os serviços de saúde são prestados. Assim, está havendo uma transição do atendimento presencial para serviços virtuais e a telemedicina. É provável que essa tendência continue, por isso será importante criar programas e medidas governamentais que melhorem o acesso às tecnologias, a conectividade e a capacidade de utilizá-las entre as pessoas idosas.

## Recomendações

As recomendações estão categorizadas segundo os mesmos elementos de análise utilizados para apresentar as barreiras.

### Necessidades de atenção à saúde

Melhorar as métricas e a pesquisa sobre acesso entre pessoas idosas:

#### **Coletando dados específicos sobre pessoas idosas:**

- o Identificar as pessoas idosas como um grupo vulnerável que tem condições desiguais de acesso. Serão necessárias pesquisas mais aprofundadas sobre as diferenças entre as populações jovem e adulta, comparadas às pessoas idosas. A maioria dos estudos atuais faz comparações entre pessoas idosas, mas sem o objetivo de diferenciá-las das mais jovens. A realização de estudos centrados na diferenciação das barreiras por faixa etária poderia destacar que as pessoas idosas têm mais necessidades de atenção à saúde, no entanto enfrentam mais barreiras de acesso a esses serviços; desse modo, poderiam ser desenvolvidos programas e medidas direcionadas a elas. Como ponto de partida, pode-se utilizar o relatório de referência da Década do Envelhecimento Saudável



da OMS (38), que apresenta informações sobre o envelhecimento saudável em âmbito mundial a partir do foco central das capacidades intrínsecas e funcionais, e não apenas de doenças.

- o Reconhecer a heterogeneidade das capacidades e características das pessoas idosas a fim de promover medidas específicas para grupos similares (ver informações sobre análise de classes latentes mais adiante). Esses dados poderiam ser desagregados, por exemplo, por idade, gênero, capacidade econômica, estado de saúde, etc.
- o Incluir novos métodos de coleta de dados sobre pessoas idosas, como a realização de pesquisas em todos os níveis de atenção, pesquisas abordando o grau de satisfação e a qualidade ou o uso dos sistemas de informação médica e de informações qualitativas (13).
- o Envidar esforços em escala regional, como foi feito nos anos de 1999 e 2000 por meio da pesquisa SABE, para coletar dados específicos sobre pessoas idosas em toda a Região das Américas, seguindo o exemplo da Pesquisa de Indicadores Múltiplos por Conglomerados, que se concentra especificamente na saúde infantil e materna em alguns países da região.

#### **Utilizando novos métodos de pesquisa:**

- o Métodos mistos: realizar estudos que utilizem métodos mistos para recolher informações qualitativas sobre as barreiras enfrentadas pelas pessoas idosas e identificar os motivos subjacentes (10).
- o Análise multivariada: devido à complexidade e à interação das dimensões de acesso aos serviços de saúde, além da participação de fatores relacionados tanto ao sistema de saúde quanto às pessoas idosas, é preciso fazer estudos de análise multivariada.
- o Análise espacial: estudos de análise espacial foram utilizados em outras regiões para medir o acesso aos serviços de saúde e correlacioná-lo com variáveis como a idade das pessoas idosas.
- o Análise de classes latentes: as capacidades intrínsecas variam entre pessoas idosas. Por isso, é preciso realizar pesquisas delineadas como análise de classes latentes, nas quais pessoas idosas com capacidades ou limitações similares sejam agrupadas para que se possa medir o acesso de cada coorte aos serviços de saúde.

## **Utilizando um enfoque baseado na interação com os serviços e sua qualidade:**

- o Uma interação adequada e fácil das pessoas idosas com os serviços de saúde é imprescindível para um sistema de saúde de qualidade e centrado na pessoa. Essa abordagem deve ser enfatizada ao adaptar os processos de interação com o sistema às necessidades das pessoas com mais de 60 anos. Para isso, devem-se considerar as seguintes medidas:
  - Realizar levantamentos com medidas de resultados relatados pelo paciente (*Patient-Reported Outcomes Measures* [PROMs]).
  - Realizar pesquisas sobre o grau de satisfação das pessoas idosas.
  - Realizar estudos qualitativos sobre a qualidade interpessoal e técnica do serviço.
- o Criar um modelo como o proposto por Levesque (10), mas que, em vez de propor um *continuum* de atenção para as pessoas idosas, apresente um diagrama que reflita a atenção cíclica e a continuidade (isso poderia ser uma flecha que gira).
- o Seguir o exemplo de modelos de prestação de serviços que utilizem uma abordagem centrada nas pessoas, como:
  - A atual campanha do Institute for Healthcare Improvement (IHI) dos Estados Unidos para promover a abordagem *Age-Friendly Health Systems* (sistemas de saúde acolhedores para pessoas idosas).
  - A estratégia de Atenção Integrada para as Pessoas Idosas (ICOPE, na sigla em inglês) da OMS.

## **Percepção de necessidades e desejo de atendimento**

### **Sistema de saúde (oferta): proximidade dos serviços de saúde**

- o Divulgar os serviços oferecidos para pessoas idosas, desde as atividades preventivas, como vacinas e exames periódicos, até a atenção primária para doenças crônicas.
- o Promover programas de saúde comunitários relacionados à prevenção, ao acompanhamento e à intervenção precoce que

cheguem especificamente às pessoas idosas, com o objetivo de diminuir a perda de capacidades.

- o Reduzir as barreiras de acesso aos serviços de telemedicina e saúde virtual pelo fornecimento de tecnologias e capacitação em seu uso.

### **Pessoas/comunidade (demanda): capacidade de perceber as necessidades de atenção à saúde**

- o Realizar estudos de análise qualitativa que explorem tópicos baseados nas respostas à pergunta “O que é importante para você?” (“What matters to you?”) a fim de conhecer as necessidades reais das pessoas idosas diante de percepções no que diz respeito à saúde.
- o Promover campanhas de alfabetização em saúde adaptadas às necessidades das pessoas idosas.

## **Busca por serviços de saúde**

### **Sistema de saúde (oferta): aceitação dos serviços de saúde**

- o Combater o idadismo:
  - Expandir e melhorar a educação e o tempo de formação dos profissionais de saúde sobre as necessidades e capacidades das pessoas idosas é vital para reduzir os efeitos adversos e melhorar a qualidade dos cuidados específicos para essa população.
  - Utilizar as ferramentas publicadas como parte da Campanha Mundial contra o Idadismo, como o kit de ferramentas (22), para iniciar conversas sobre o assunto.

### **Pessoas/comunidade (demanda): capacidade de buscar serviços de saúde**

- o Reconhecer que existem diferenças entre as pessoas idosas dependendo da faixa etária. Dada a heterogeneidade das características das pessoas idosas, é importante saber os motivos pelos quais algumas faixas etárias informaram ter feito menos consultas médicas.
- o Criar programas para melhorar as atividades da vida diária em populações com menos recursos, já que são as que apresentam maiores limitações.

- o Implementar programas que combatem as principais incapacidades ou deficiências das pessoas idosas (isto é, a carga de doença).
- o Incentivar os homens idosos a identificar suas necessidades de atenção à saúde e buscar os serviços correspondentes, especialmente para que participem em atividades de prevenção e promoção da saúde.

## Chegada aos serviços de saúde

### **Sistema de saúde (oferta): disponibilidade oportuna**

- o Implementar programas de atenção domiciliar para pessoas idosas que necessitem desses programas. Esses modelos demonstraram trazer grandes benefícios nos resultados de saúde. Entretanto, precisam ser implementados com uma abordagem baseada na equidade para atingir pessoas de todas as camadas sociais.
- o Instalar centros de atenção primária em comunidades rurais e com poucos recursos. Essa medida melhorou os tempos de deslocamento até os serviços de saúde para as pessoas idosas que moram nessas áreas (2).
- o Aplicar estudos de análise espacial à pesquisa sobre as barreiras para chegar aos serviços de saúde entre as pessoas idosas na Região das Américas.
- o Fazer um levantamento dos recursos humanos que têm formação específica e podem atender às necessidades das pessoas idosas.
- o Melhorar os indicadores de especialistas em geriatria e equipes multidisciplinares de atenção específicas para pessoas idosas.

### **Pessoas/comunidade (demanda): capacidade de chegar aos serviços de saúde**

- o Promover programas específicos para pessoas idosas que morem em comunidades rurais, uma vez que têm mais barreiras de acesso. Similarmente, priorizar populações idosas que não moram em cidades favoráveis.
- o Implementar as recomendações da publicação *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*, da OMS.

## Utilização dos serviços de atenção primária e hospitalares

### **Sistema de saúde (oferta): acessibilidade econômica**

- o Na ausência de cobertura universal, priorizar o acesso para as populações vulneráveis (9). Nesse caso, os países podem se concentrar em oferecer planos de cobertura de serviços de saúde específicos para pessoas idosas. Os serviços cobertos poderiam ser selecionados conforme as prioridades e principais necessidades de atenção à saúde das pessoas idosas em cada contexto local ou regional.
- o Fortalecer os serviços de atenção primária, já que são a principal porta de acesso para as pessoas idosas e comprovadamente contribuem para a melhoria de sua saúde (2).

### **Pessoas/comunidade (demanda): capacidade de pagar**

- o Estabelecer colaborações com o setor social, que em alguns países oferece programas de proteção econômica para pessoas idosas. Isso é importante, pois esse dinheiro pode ser utilizado para pagar por serviços que não estejam cobertos por seguros de saúde públicos, como serviços odontológicos e especializados, que são os que apresentam mais barreiras para as camadas socioeconômicas baixas.
- o Promover empregos que contribuam para a ativação econômica das pessoas idosas.

## Consequências da atenção à saúde

### **Sistema de saúde (oferta): adequação, continuidade e qualidade dos serviços de saúde**

- o Reformular os sistemas de saúde para criar sistemas de comunicação e referência centrados nas pessoas idosas, oferecendo assim serviços de saúde de alta qualidade que facilitem o acesso das populações vulneráveis (39).
- o Fornecer ferramentas que facilitem a interação com o sistema de saúde e a adesão aos tratamentos para pessoas idosas e seus cuidadores ou cuidadoras.

### **Pessoas/comunidade (demanda): capacidade de se envolver com o sistema**

- o Integrar os cuidadores e cuidadoras a todas as etapas do atendimento clínico.
- o Incluir programas de empoderamento e divulgação de informações para estabelecer contato com os serviços de saúde caso necessário.

### **Recomendações direcionadas para outros setores**

Como demonstra o relatório, a cobertura dos serviços de saúde é um pilar fundamental do acesso, mas não é o único. Portanto, é preciso criar mais programas para combater especificamente barreiras que não tenham caráter econômico. Devido à variedade de barreiras enfrentadas pelas pessoas idosas, é necessário o trabalho de diversos setores que afetam sua vida diária para reduzir essas barreiras. Isso é ainda mais importante no atual contexto de COVID 19, no qual os serviços sociais e de saúde poderiam gerar sinergias para aproximar-se (presencial ou digitalmente) das pessoas idosas.

### **Contextualização das recomendações**

Todas estas recomendações devem ser concebidas, adaptadas e acatadas de acordo com o contexto de cada país. O relatório evidencia a heterogeneidade das barreiras entre os países da região. Assim, por exemplo, alguns têm uma taxa de pobreza mais alta e outros oferecem cobertura específica ou universal de saúde. Será fundamental fazer uma análise local das condições políticas, culturais e geográficas, bem como dos recursos disponíveis, para desenvolver programas eficazes para reduzir as barreiras de acesso (9).

### **Problema complexo, solução complexa**

Da mesma forma, deve-se lembrar que, sempre que possível, as soluções a serem implementadas devem incluir programas que tenham impacto tanto na oferta quanto na demanda e combater todos os tipos de barreiras, não apenas a barreira financeira.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Pessoas com mais de 60 anos foram as mais atingidas pela COVID 19 nas Américas. Washington D.C.: OPAS; 2020 [consultado em 22 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-9-2020-pessoas-com-mais-60-anos-foram-mais-atingidas-pela-covid-19-nas-americas>.
2. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):394-409. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000500012>.
3. Inouye SK. Criação de um sistema de saúde anti-idadista para melhorar a atenção de saúde – para nós mesmos hoje e no futuro. *Nature Aging*. 2021;1(2):150-2. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/criacao-um-sistema-saude-anti-idadista-para-melhorar-atencao-saude-para-nos-mesmos-hoje>.
4. Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):181. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-181>.
5. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
6. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2008.
7. Organização Mundial da Saúde. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: OMS; 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
8. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000;78:717-731. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/268164/PMC2560787.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

9. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan*. 2012;27(4):288-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>.
10. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
11. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1136:161-171. Disponível em: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde [Resolução CDR53/5, Rev. 2]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Washington D.C.: OPAS; 2014. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>.
13. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e96. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.96>.
14. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2017;51:50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/P7RhbsFgBD3sm5dnWz7mq5r/?lang=pt>.
15. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex*. 1985; 27(5): 438:453. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>.
16. Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf).
17. Cotlear D. El envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina? Washington D.C.: Banco Mundial; 2011. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2542?locale-attribute=es>.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Construindo a Saúde no Curso de Vida: conceitos, implicações e aplicação em saúde pública. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53571>.
19. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1102-1111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6J35tXqqM9WpnPsSxXPP6Sn/?lang=pt>.



20. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre o idadismo: resumo executivo. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240020504>.
21. Organização Mundial da Saúde. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana [documento WHA69.3]. 69.ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R3-sp.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-sp.pdf?ua=1).
22. Organização Mundial da Saúde. Campanha mundial contra el edadismo - Kit de herramientas. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/m/item/global-campaign-to-combat-ageism-toolkit>.
23. Bibiano AMB, de Lima Silva V, da Silveira Moreira R. Factors associated with the use of health services by elderly men in Brazil: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2019;19(1):859. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7232-0>.
24. Huang Y, Meyer P, Jin L. Spatial access to health care and elderly ambulatory care sensitive hospitalizations. Public Health. 2019;169:76-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.005>.
25. Daly MR, Mellor JM, Millones M. Do avoidable hospitalization rates among older adults differ by geographic access to primary care physicians? Health Serv Res. 2018;53(Supl. 1):3245-3264. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12736>.
26. Wang HHX, Wang JJ, Lawson KD, Wong SYS, Wong MCS, Li FJ, et al. Relationships of multimorbidity and income with hospital admissions in 3 health care systems. Ann Fam Med. 2015;13(2):164-167. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1757>.
27. Salinas JJ, Al Snih S, Markides K, Ray LA, Angel RJ. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. J Rural Health. 2010;26(4):333-341. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00297.x>.
28. García Pérez A, González-Aragón Pineda AE, Villanueva Gutiérrez T. Access to healthcare services between insured and uninsured adults aged  $\geq 50$  years with diabetes in Mexico: the Mexican Health and Aging Study (MHAS-2018). Public Health. 2021;194:176-181. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.006>.
29. Organização Mundial da Saúde. Guia global das cidades amigas das pessoas idosas. Genebra: Fundação Calouste Gulbenkian; 2009. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf).

30. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, Ávila MH. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):186. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-186>.
31. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 2018;8(4):e021194. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>.
32. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção integrada para a pessoa idosa (ICOPE): Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington D.C.: OPAS; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>.
33. Sands LP, Albert SM, Suitor JJ. Understanding and addressing older adults' needs during COVID-19. *Innov Aging*. 2020;4(3):igaa019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa019>.
34. Ortega I, Sancho M, Stampini M. Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid-19: lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2021. (Documento para Discussión; N.º 1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18235/0003111>.
35. Nações Unidas. Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons. Nova Iorque: Nações Unidas; 2020. Disponível em: <https://unsdg.un.org/es/resources/resumen-de-politicas-el-impacto-de-la-covid-19-en-las-personas-mayores>.
36. Rivera-Hernandez M, Ferdows NB, Kumar A. The impact of the COVID-19 epidemic on older adults in rural and urban areas in Mexico. *J Gerontol B Psychol Sci soc Sci*. 2021;76(7):e268-e274. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa227>.
37. Organização Pan-Americana da Saúde. Un panorama de las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores en las Américas durante la pandemia de COVID-19. Experiencia adquirida. Washington D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54661>.
38. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do envelhecimento saudável: relatório de linha de base. Washington, D.C.: OPAS; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56894>.
39. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).

Publicado com o objetivo de descrever o conhecimento disponível atualmente sobre a situação de saúde e bem-estar das pessoas idosas na Região das Américas durante a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) das Nações Unidas, bem como de orientar as ações destinadas a promover o envelhecimento saudável, este documento apresenta as principais barreiras enfrentadas pelas pessoas idosas no acesso aos serviços de saúde. Foram identificadas seis barreiras de acesso aos serviços de saúde: necessidades de atenção à saúde, percepção de necessidades, busca dos serviços de saúde, chegada aos serviços, utilização e consequências da atenção (saúde, grau de satisfação, proteção econômica), cuja descrição e análise foram abordadas sob uma perspectiva de oferta e demanda por serviços de saúde. Essa abordagem permite analisar detalhadamente as barreiras de acesso aos serviços de saúde específicas para pessoas idosas, que diferem em maior ou menor grau das barreiras encontradas por grupos populacionais mais jovens. Além disso, destacam-se fatores como a pandemia de COVID 19, tendo em vista sua significativa contribuição para o agravamento das barreiras. Esta publicação, que faz parte da série *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas: Situação e Desafios*, aponta elementos para que os países da Região das Américas possam formular estratégias voltadas para a eliminação dessas barreiras, com base no princípio de que quanto menores as barreiras de acesso aos serviços de saúde, mais a saúde e o envelhecimento saudável serão favorecidos.

**OPAS**



**Década  
do envelhecimento  
saudável**  
nas Américas

