

Ageísmo na pesquisa científica

Edmilson Leal Bastos de Moura¹

1. Universidade do Distrito Federal, Brasília/DF, Brasil.

Resumo

O ageísmo é um dos preconceitos mais prevalentes e perversivos da atualidade. A exclusão de idosos de estudos clínicos tem sido identificada como elemento de viés, e, apesar de descrito já na década de 1960, o ageísmo segue sem solução prática, evidenciando a arraigada marginalização desse segmento etário. Esta revisão pretende fornecer um breve panorama da repercussão desse preconceito na pesquisa clínica e apontar possíveis estratégias para superá-lo.

Palavras-chave: Etarismo. Idoso. Pesquisa. Bioética. Revisão ética.

Resumen

El ageísmo en la investigación científica

El ageísmo es uno de los prejuicios más prevalentes y generalizados en la actualidad. La exclusión de los ancianos de los estudios clínicos se ha identificado como un elemento de sesgo y, a pesar de que ya se describió en la década de 1960, el ageísmo sigue sin tener una solución práctica, lo que pone de manifiesto la arraigada marginación de este segmento de edad. Esta revisión pretende ofrecer una breve panorámica de las repercusiones de este prejuicio en la investigación clínica y señalar posibles estrategias para superarlo.

Palabras clave: Ageísmo. Anciano. Investigación. Bioética. Revisión ética.

Abstract

Ageism in scientific research

Ageism is one of the most prevalent and pervasive prejudices today. The exclusion of older adults from clinical studies has been identified as an element of bias and, despite having been described in the 1960s, ageism remains without a practical solution, highlighting the consolidated marginalization of this group. This review aims to provide a brief overview of the impact of this prejudice on clinical research and show potential strategies to overcome it.

Keywords: Ageism. Aged. Research. Bioethics. Ethical review.

Declara não haver conflito de interesse.

O aumento da expectativa de vida observado no último século promoveu um acréscimo na morbimortalidade, polifarmácia e fragilidade¹. Considerando que a prevalência da maioria das doenças crônicas aumenta com a idade², a existência de comorbidades é esperada com o envelhecimento, apesar da heterogeneidade da saúde dessa população³.

O termo ageísmo foi proposto por Robert Butler em 1969, para enunciar o “preconceito de um grupo etário contra outro”⁴. Trata-se de um conceito abrangente, subsequentemente reformulado para *atitudes preconceituosas e suposições sobre os idosos, práticas discriminatórias ou elementos estruturais que perpetuam estereótipos sobre os idosos*⁵. Por causa do ageísmo e sua representação tendenciosa e estereotipada, predominantemente negativa, os idosos são considerados um grupo homogêneo, caracterizado por fraqueza, doença e senilidade⁶.

Assim, são rejeitados e desrespeitados, depreciados em sua individualidade e considerados indignos de direitos e privilégios concedidos a outros membros da sociedade⁷. Como consequência, essa população tem sido alijada em sua participação social em vários cenários cotidianos. Na pesquisa clínica, os idosos seguem sub-representados, quer por limitação etária arbitrária ou omissa, quer por preocupação com a fragilidade clínica como determinante da inadequação.

Esta revisão tem como objetivo descrever a prática do ageísmo na pesquisa científica, considerar seus impactos sobre a população idosa e no restante da sociedade e apontar desafios para sua compreensão e correção.

Particularidades do ageísmo na pesquisa clínica

Os princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos obedecem à *Declaração de Helsinkí*, adotada durante a 18ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em junho de 1964, na Finlândia. O art. 13 da declaração afirma que *os grupos que estão sub-representados na investigação médica devem ter acesso adequado a participação na investigação*⁸.

Desse modo, a supervisão ética da pesquisa clínica se justifica, uma vez que regulamenta os

requisitos e as melhores práticas nessa atividade. Nesse sentido, foram criados códigos de ética em pesquisa subsequentes, como o *Relatório Belmont*⁹, de 1979, em que é destacado o apelo para as melhores práticas na seleção de sujeitos de pesquisa.

As pesquisas são regulamentadas e operacionalizadas por comitês institucionais, e avaliadas segundo critérios específicos para sua aprovação, de acordo com elementos éticos fundamentais – justiça, respeito às pessoas e beneficência. Entre tais normas, destaca-se que a seleção dos sujeitos da pesquisa deve ser equitativa, salvaguardando o princípio de justiça¹⁰.

Desde a década de 1990, identifica-se a sub-representação da população idosa em pesquisas, ressaltando a necessidade de prestar atenção ao problema e a sua resolução³. Após documento produzido em 1989, pela Food and Drug Administration, encorajando pesquisa acerca de segurança medicamentosa em idosos e ressaltando a escassez de dados na literatura¹¹, foi organizada a Conferência Internacional sobre Harmonização¹², com o escopo de determinar características farmacocinéticas e farmacodinâmicas de medicamentos de uso predominantemente geriátrico, desconhecidos naquela época.

A iniciativa visava consolidar conhecimentos acerca dos fármacos utilizados em doenças mais prevalentes nessa população (como doença de Alzheimer) ou a elas intrinsecamente relacionadas (comorbidades, insuficiências orgânicas). Por fim, a diretriz¹² recomendava que as exclusões de novas formulações medicamentosas ou combinações de fármacos, determinadas pelas avaliações técnicas conduzidas nessa força-tarefa, após consideradas as particularidades fisiológicas, assim como as condições mais prevalentes em idosos (como insuficiências orgânicas), fossem registradas e comunicadas às autoridades constituídas, com base em critérios objetivos (estimativas da prevalência da doença por idade ou da distribuição etária de uso de outros medicamentos da mesma classe ou utilizados para a mesma indicação)¹².

Apesar de emblemática pelo pioneirismo, a iniciativa falhou quando declarou que, em um grupo de 100 pacientes acima de 65 anos, *normalmente seriam detectadas diferenças clinicamente importantes*¹². Infelizmente, a amostra populacional padrão de 100 pessoas acima de 65 anos foi

regularmente adotada a partir de então, por ter sido estabelecida como suficiente para dirimir peculiaridades clínicas ligadas à idade, sem evidências de que fosse apropriada, talvez correspondendo apenas a um limite mínimo³.

Muitos trabalhos consignaram a preocupação com esse assunto, como estudo australiano que demonstrou que a maioria (85%) das orientações nacionais sobre farmacoterapia referia-se a idosos, mas omitia qualquer referência a faixa etária¹³. Além disso, revisão sistemática reuniu 4.341 ensaios clínicos randomizados¹⁴ e revelou estatísticas alarmantes: a maior parte dos trabalhos não continha limites explícitos de idade mínima ou máxima, ou, quando presentes, não havia explicações da razão daqueles limites.

Cabe ressaltar que a omissão de tais dados entre os critérios de inclusão muitas vezes pode implicar viés de recrutamento, privilegiando participantes mais jovens¹⁵. Em última análise, mesmo considerando a não intencionalidade e involuntariedade associadas, evidencia-se a desvalorização desse grupo etário, talvez com base em estereótipos limitados. De qualquer forma, trata-se de uma situação inadequada ao ambiente de pesquisa que, ainda que seja velada, denota ageísmo¹⁶.

O cenário torna-se mais desolador em países menos desenvolvidos, nos quais o ageísmo é mais prevalente, a expectativa de vida saudável é mais baixa e a probabilidade de adoecimento em idosos é maior. Nesses países, o aumento da exposição das populações a problemas de saúde na velhice reforça atitudes negativas em relação ao envelhecimento¹⁷.

Segundo Shenoy e Haruger¹⁸, as autoridades reguladoras desses países têm várias preocupações ao incluir pacientes idosos (com idade maior ou igual a 65 anos) em ensaios clínicos:

- menor expectativa de vida em comparação com a população ocidental;
- maior dependência de cuidados de saúde dessa população vista como um incentivo indevido à participação em ensaios clínicos;
- não expor a população vulnerável a medicamentos experimentais;
- comorbidades podem afetar os resultados de eficácia e segurança; e
- possível aumento de eventos adversos graves, especialmente morte.

O progresso científico na população geriátrica encontra, então, verdadeiro dilema ético.

Simultaneamente, requer o envolvimento dos idosos para garantir representatividade, e deve recrutar indivíduos competentes para dar um consentimento válido (requisito fundamental na ética em pesquisa)¹⁹. Ou seja, a investigação sobre idosos é eticamente necessária e eticamente suspeita¹⁹.

Discussão

O envelhecimento é tema polêmico, negligenciado em vários aspectos. A própria definição etária demonstra que, qualquer que seja o ponto de corte utilizado, os termos “mais velhos”, “velhice” e “idosos” agrupam pessoas com até 35 anos de diferença em idade²⁰.

A incorporação de práticas ageístas à pesquisa científica foi primeiramente descrita por Butler⁵, que delineou os estereótipos estruturais ou institucionalizados que resultam em práticas e políticas que causam prejuízo a idosos. Muitas vezes indissociável de outros tipos de preconceito, o ageísmo pode se manifestar em ambientes organizacionais e acadêmicos. Nestes, conhecidos pela pressão por produtividade e metas, pode ser evidenciado tanto contra pesquisadores²¹ quanto, eventualmente, contra indivíduos a serem recrutados.

Apesar de serem consumidores majoritários de novas terapêuticas, os mais velhos ficaram sub-representados nos ensaios clínicos que fundamentaram a descoberta dessas medicações^{1,14}. Como consequência, existem dificuldades na aplicação da pesquisa às populações-alvo¹⁴, ou seja, há evidências e conhecimentos inadequados sobre as respostas de pacientes geriátricos aos medicamentos¹⁸. Isso porque a investigação médica que envolve jovens e pessoas de meia-idade não beneficia necessariamente os idosos²², sendo necessária a participação representativa desse segmento populacional.

Algumas estratégias que visam mitigar os efeitos deletérios do ageísmo na pesquisa clínica são adoção de políticas públicas inclusivas, instituição de diretrizes direcionadas e conscientização da comunidade científica¹.

Visando a inclusão, foi proposta estratégia para aconselhamento de pesquisadores baseada em cinco elementos, chamada de 5T (do inglês: *target population, team, tools, time, tips to accommodate*)²³. Nessa estratégia, enfatiza-se:

- representação da população-alvo, a fim de evitar exclusões que limitem as generalizações do estudo;
- importância de formar equipes de pesquisas que tenham experiência em envelhecimento, incluindo pesquisadores geriatras e especialistas em envelhecimento;
- ferramentas apropriadas para medir função e resultados relatados pelo paciente;
- previsão de tempo para visitas de estudo mais longas, com acesso a alimentação e medicações; e
- acomodação de necessidades comuns com dicas práticas, como provisão para transporte e adequação de material impresso.

Desafios relacionados às fases de recrutamento e cenários de pesquisa parecem igualmente relevantes. O primeiro caso diz respeito à participação diversificada e justa, respeitando a representatividade da amostra, enquanto o segundo ressalta situações especiais como confinamento domiciliar ou cuidados paliativos²². A limitação cognitiva também suscita várias questões éticas, o que torna idosos particularmente vulneráveis a exclusão.

Compreender o consentimento informado e anuir exige habilidades de percepção, memória, juízo e raciocínio, correlacionadas com nível educacional e disponibilidade de tempo^{22,24}. Por isso, pesquisadores devem treinar-se para comunicar resultados de pesquisa ao público-alvo de uma forma compreensível, visto que esses dados são considerados de difícil compreensão para idosos²⁵. As soluções devem ser antevistas e estar contempladas nos projetos de pesquisa.

A Sociedade Britânica de Geriatria vem implementando iniciativas que visam mudanças nas políticas de saúde geriátricas, procedimentos e comportamentos, embora infelizmente ainda não tenha conseguido mudanças concretas²⁶. A Sociedade Americana de Geriatria reconhece disparidades e preconceitos etários nas políticas de saúde norte-americanas e compromete-se

com a promoção da justiça e eliminação desses entraves²⁷.

No Brasil, questões etárias compõem a agenda das políticas governamentais nas últimas duas décadas, movidas pela necessidade de reforma da seguridade social²⁸. Assim, dispositivos legais, como o Estatuto do Idoso²⁹, são exemplos do reconhecimento desses desafios por legisladores e governantes²⁸.

Uma vez que as práticas atuais são excludentes, existem desafios a superar, sendo fundamental implementar políticas que promovam a comunicação e a preparação de pesquisadores e profissionais de saúde, a fim de trazer a questão ao conhecimento dos responsáveis pela produção científica. É papel do pesquisador proteger os direitos e o bem-estar dos participantes da pesquisa, e garantir que ela ocorra dentro de padrões éticos apropriados.

Considerações finais

O envolvimento da comunidade e instituições estatais que garantam o cumprimento de regulamentações contidas em políticas nacionais de saúde deve ser a força motriz de mudanças em preceitos científicos dogmáticos que impedem a participação equânime de grupos etários, sob alegações fictícias. Além disso, é necessário o engajamento de entidades de pesquisa e a conscientização de pesquisadores, instados pela busca da verdade e irresignados pelo *status quo*. Estratégias inclusivas mitigariam o atual descompasso, que alija idosos de sua justa e indispensável participação em estudos científicos.

O combate ao ageísmo na pesquisa clínica não significa apenas praticar a empatia ou exercer a alteridade intergeracional. Trata-se de assegurar ao idoso respeito a sua individualidade e a seus direitos, garantindo a diversidade como valor social e a ética como princípio humanitário. Além disso, cumpre o papel social de justiça e equidade, assegurando o exercício da cidadania.


Referências

1. Petrovsky DV, Doãn LN, Loizos M, O'Connor R, Prochaska M, Tsang M et al. Key recommendations from the 2021 "inclusion of older adults in clinical research" workshop. J Clin Transl Sci [Internet]. 2022 [acesso 18 out 23];6(1):e55. DOI: 10.1017/cts.2022.1

2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012 [acesso 19 out 23];380(9836):37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2
3. Crome P, Cherubini A, Oristrell J. The PREDICT (increasing the participation of the elderly in clinical trials) study: the charter and beyond. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2014 [acesso 26 nov 23];7(4):457-68. DOI: 10.1586/17512433.2014.922864
4. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* [Internet]. 1969 [acesso 23 out 23];9(4):243-6. DOI: 10.1093/geront/9.4_Part_1.243
5. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues* [Internet]. 1980 [acesso 23 out 23];36:8-11. p. 8. Tradução livre. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x
6. Sargent-Cox K. Ageism: we are our own worst enemy. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2017 [acesso 23 out 23];29(1):1-8. DOI: 10.1017/S1041610216001939
7. Allen JO, Solway E, Kirch M, Singer D, Kullgren JT, Malani PN. The everyday ageism scale: development and evaluation. *J Aging Health* [Internet]. 2022 [acesso 23 nov 23];34(2):147-57. DOI: 10.1177/08982643211036131
8. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. WMA [Internet]. 2013 [acesso 27 nov 23]. Tradução livre. Disponível: <https://tny.im/qMU5I>
9. The Belmont Report: Ethical guidelines for the protection of human subjects. U.S. Department of Health & Human Services [Internet]. 1978 [acesso 27 nov 23]. Disponível: <https://tny.im/rAiGX>
10. McNair L. Ethical and regulatory oversight of clinical research: the role of the Institutional Review Board. *Exp Biol Med (Maywood)* [Internet]. 2022 [acesso 27 nov 23];247(7):561-6. DOI: 10.1177/15353702221078216
11. Food and Drug Administration. Guideline for the study of drugs likely to be used in the elderly [Internet]. Rockville: Food and Drug Administration; 1989 [acesso 26 nov 2023]. Disponível: <https://tny.im/311CI>
12. European Medicines Agency. ICH E7 studies in support of special populations: geriatrics. European Medicines Agency [Internet]. 1994 [acesso 26 nov 23]. Disponível: <https://tny.im/3YXNV>
13. Singh S, Bajorek B. Defining “elderly” in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharm Pract (Granada)* [Internet]. 2014 [acesso 15 nov 23];12(4):489. DOI: 10.4321/s1886-36552014000400007
14. Thake M, Lowry A. A systematic review of trends in the selective exclusion of older participant from randomised clinical trials. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2017 [acesso 26 nov 23];72:99-102. DOI: 10.1016/j.archger.2017.05.017
15. Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2011 [acesso 24 nov 23];26(7):783-90. DOI: 10.1007/s11606-010-1629-x
16. Allen JO, Solway E, Kirch M, Singer D, Kullgren JT, Moïse V, Malani PN. Experiences of everyday ageism and the health of older US adults. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 [acesso 23 nov 23];5(6):e2217240. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17240
17. Officer A, Thiagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, Fuente-Núñez V. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [acesso 30 nov 23];17(9):3159. DOI: 10.3390/ijerph17093159
18. Shenoy P, Haruger A. Elderly patients' participation in clinical trials. *Perspect Clin Res* [Internet]. 2015 [acesso 28 nov 23];6(4):184-9. DOI: 10.4103/2229-3485.167099
19. Schafer A. Research on elderly subjects. In: Weisstub DN, Thomasma DC, Gauthier S, Tomossy GF, editores. *Aging: decisions at the end of life* [Internet]. Dordrecht: Springer; 2001 [acesso 1º dez 23]. p. 171-205. (International Library of Ethics, Law, and the New Medicine; vol. 12). DOI: 10.1007/978-94-015-9682-4_10
20. Markham S. Professional ageism: the impact of ageism among research and healthcare professionals on older patients: a systematic review; The impact of ageism among legal and financial professionals on older people: systematised reviews [dissertação] [Internet]. Kensington: University of New South Wales; 2021 [acesso 18 out 23]. DOI: 10.26190/unsworks/22423

21. Viana LO, Helal DH. Ageísmo na carreira acadêmica: um estudo com professores universitários. *Educação & Realidade* [Internet]. 2023 [acesso 25 out 23];48:e121896. DOI: 10.1590/2175-6236121896vs02
22. Ilgili O, Arda B, Munir K. Ethics in geriatric medicine research. *Turk Geriatri Derg* [Internet]. 2014 [acesso 27 nov 23];17(2):188-95. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25489272>
23. Bowling CB, Whitson HE, Johnson II TM. The 5Ts: preliminary development of a framework to support inclusion of older adults in research. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2019 [acesso 25 nov 23];67(2):342-6. DOI: 10.1111/jgs.15785
24. López-Parra M, Zamora-Carmona F, Sianes-Gallén M, López-González E, Gil-Rey D, Costa-Ventura H *et al.* Patient information and informed consent for research in the elderly: lessons learned from a randomized controlled trial. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2022 [acesso 27 nov 23];10(6):1036. DOI: 10.3390/healthcare10061036
25. Haak M, Ivanof S, Barenfeld E, Berge I, Lood Q. Research as an essentiality beyond one's own competence: an interview study on frail older people's view of research. *Res Involv Engagem* [Internet]. 2021 [acesso 28 nov 23];7(1):91. DOI: 10.1186/s40900-021-00333-7
26. Street A, Maynou L, Conroy S. Did the Acute Frailty Network improve outcomes for older people living with frailty? A staggered difference-in-difference panel event study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2023 [acesso 23 nov 23];32(12):721-31. DOI: 10.1136/BMJQS-2022-015832
27. Farrell TW, Hung WW, Unroe KT, Brown TR, Furman CD, Jih J *et al.* Exploring the intersection of structural racism and ageism in healthcare. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2022 [acesso 30 nov 23];70(12):3366-77. DOI: 10.1111/jgs.18105
28. Goldani AM. "Ageism" in Brazil: what is it? Who does it? What to do with it? *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2010 [acesso 1º dez 23];27(2):385-405. DOI: 10.1590/S0102-30982010000200009
29. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 3 out 2003 [acesso 18 out 23]. Disponível: <https://tmy.im/6cyka>

Edmilson Leal Bastos de Moura – Mestre – edmilson.bastos@escs.edu.br

 0000-0003-3344-8453

Correspondência

Edifício Fepecs – SMHN, conjunto A, bloco 1, Asa Norte CEP 70710-907. Brasília/DF, Brasil.

Recebido: 12.12.2023

Revisado: 20.5.2024

Aprovado: 13.6.2024