

Criação de um sistema de saúde anti-idadista para melhorar a atenção de saúde – para nós mesmos hoje e no futuro

Este documento se publico originalmente en inglés y se tradujo con permiso. La citación del comentario original publicado en *Nature Aging es*: Inouye, S.K. Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves. *Nat Aging* 1, 150–152 (2021). <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>

A COVID-19 DEIXOU CLARO QUE O IDADISMO É UM FATO GENERALIZADO E QUE OS INDIVÍDUOS E AS SOCIEDADES ESTÃO INTERCONECTADOS. O COMENTÁRIO ABAIXO DISCUTE DE QUE MANEIRA A CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE ANTI-IDADISTA MELHORARÁ OS RESULTADOS DE SAÚDE PARA NÓS MESMOS HOJE E NO FUTURO.

— SHARON K. INOUE —

Sobreposta ao rápido envelhecimento de nossas populações no mundo todo, a COVID-19 proporcionou um teste de esforço intensivo para nossas populações de pessoas idosas e expôs o fato de o idadismo estar disseminado por toda a sociedade e pelos sistemas de saúde. Profundas iniquidades relacionadas à idade na prestação de serviços e nos resultados de saúde saltaram para o primeiro plano do interesse público e do discurso internacional. Apesar de estarem no centro das atenções, os problemas “revelados” pela COVID-19 são de longa data, estão profundamente arraigados e vêm crescendo paulatinamente (1). Este Comentário visa a destacar as principais áreas nas quais o idadismo tem tido impacto negativo em nosso sistema de saúde, piorando a qualidade dos resultados clínicos.

Neste documento, idadismo significa a discriminação com base na idade, inclusive por meio da imposição de limites etários explícitos para o tratamento ou a alocação de recursos, ou por vieses implícitos que limitam o acesso ou criam barreiras à assistência de saúde. Fundamentalmente, o idadismo produz uma atenção à saúde mais

precária, levando a resultados adversos e maior mortalidade. Bem documentado em 149 estudos anteriores (1), o idadismo cria barreiras ou impede o acesso aos serviços e tratamentos de saúde, com a idade como o principal determinante de quem pode se beneficiar de certos procedimentos e tratamentos. Em um estudo de referência, envolvendo mais de 9.000 pacientes hospitalizados antes da COVID-19, a probabilidade de os profissionais de saúde negarem tratamentos de suporte vital era significativamente maior para pessoas idosas do que para pessoas mais jovens, mesmo após considerados o prognóstico e as preferências do paciente (2)—uma prática que persiste até hoje. O preconceito em relação a idade (idadismo) também levou os serviços de saúde a prestarem cuidados inadequados ou inapropriados e a reduzirem ou retardarem o acesso aos tratamentos, resultando em uma redução na taxa de sobrevivência, piora na qualidade de vida, agravamento do deterioro cognitivo e funcional e aumento da falta de adesão aos medicamentos e do número de consultas de emergência e de hospitalizações (1).

A falta de conhecimento sobre aspectos específicos da apresentação de doenças nas pessoas idosas pode levar a erros ou atrasos nos diagnósticos. A maioria dos médicos e profissionais de enfermagem não está ciente das apresentações frequentemente atípicas de muitas doenças nas pessoas idosas. Pelo menos um terço das infecções graves não causam febre em pessoas idosas (3); além disso, o infarto agudo do miocárdio normalmente apresenta características atípicas e inespecíficas, diferentes do sintoma clássico de dor no peito (4). As tonturas, as quedas, o *delirium*, a inapetência e a síndrome *failure-to-thrive* são apresentações comuns e inespecíficas de doenças agudas em pessoas idosas. Diagnósticos tardios ou equivocados podem levar a complicações graves de saúde, inclusive à morte.

As pessoas idosas correm um risco surpreendentemente maior de sofrerem reações medicamentosas adversas (5), com polifarmácia frequente e interações entre diferentes classes de medicamentos e entre medicamentos e a doença. Ademais, algumas classes de medicamentos, identificadas como medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), apresentam uma relação risco-benefício desfavorável para as pessoas idosas, e mesmo assim são prescritas em mais de 23% (5). Os critérios de Beers (7), publicados em 1991 e regularmente atualizados, foram elaborados para melhorar a adequação no uso de medicamentos para pessoas idosas ao reduzir a prescrição de MPI. Os critérios também orientam no sentido da redução das doses ou da não prescrição de medicamentos desnecessários, reduzindo os problemas associados à polifarmácia e às reações adversas. Estas são áreas essenciais que devem ser abordadas ao se aprimorar o treinamento de todos os profissionais da saúde na área de geriatria.

A melhor formação e treinamento dos profissionais da saúde com respeito às particularidades do diagnóstico e tratamento de doenças em pessoas idosas ajudará a combater o idadismo na saúde. A maioria dos profissionais da saúde compreende que a assistência dada às crianças apresenta muitas diferenças em relação à do adulto médio na faixa dos 40 anos. Porém, a maioria não percebe que o mesmo

nível de distinção também existe nas pessoas idosas de 80 a 90 anos de idade. Atualmente, ao serem treinados, os médicos passam pelo menos três vezes mais tempo aprendendo sobre pediatria do que sobre geriatria, e a maioria não recebe nenhum treinamento formal em geriatria.

O acesso à atenção e a tratamentos preventivos que garantem a continuidade da vida é frequentemente limitado por critérios explícitos ou implícitos relativos à idade do paciente. Aliás, o acesso a todos os tipos de assistência de saúde, desde triagens preventivas de rotina (por exemplo, mamografia, colonoscopia ou vacinação) até tratamentos caros de suporte vital, são limitados por políticas idadistas. Os principais exemplos de ‘racionamento’ explícito da atenção com base na idade incluem a hemodiálise para a doença renal terminal e o transplante de órgãos. Nos anos 1990 e 2000, o racionamento com base na idade foi implementado de maneira explícita, especialmente nos países onde a assistência à saúde é estatizada. Um estudo constatou haver vários motivos de ordem prática e relacionados à eficiência e à equidade que justificam o uso da idade como o principal critério para limitar o recebimento do pacote de benefícios do sistema público de saúde (7). Uma série de contestações por parte do público e de ações judiciais contra a discriminação baseada na idade levou tais critérios explícitos a serem removidos. Porém, o viés de idade continua a vigorar, limitando o acesso por meio de padrões de encaminhamento e outras barreiras. No Reino Unido, apesar de o recebimento de hemodiálise ter aumentado para pessoas de 70 anos ou mais, esse grupo etário não tem recebido transplantes de fígado, e em geral no período 2018-2019 os transplantes renais continuaram abaixo dos 9%, apesar de a taxa de insuficiências renais nessa faixa etária ser desproporcionalmente maior (8).

O racionamento dos cuidados críticos e de suporte vital com base na idade ficou explícito durante a pandemia de COVID-19. Em todo o mundo, muitos sistemas de saúde estão enfrentando falta de insumos essenciais como ventiladores mecânicos e leitos em UTI, e propuseram como solução o racionamento com base na idade (9). Porém, esse critério estritamente etário é claramente discriminatório e não permite que sejam consideradas diferenças de prognóstico no longo prazo, estado funcional e preferências por parte dos pacientes. Nos Estados Unidos, pontos de corte baseados na idade foram rejeitados em grande parte em favor de abordagens que alocam recursos com base em considerações como a gravidade da doença (ou seja, a probabilidade de o paciente sobreviver à hospitalização) e o prognóstico no longo prazo (ou seja, a probabilidade de sobreviver 5 anos ou mais). Para evitar o viés de idade, painéis de consenso e comitês de ética recomendaram a implementação de grupos interdisciplinares — que incluam especialistas em geriatria e que considerem todas as evidências juntamente com os objetivos de atenção de saúde do paciente e de sua família — para tomarem decisões complexas.

Pessoas idosas têm sido sistematicamente excluídas de ensaios clínicos randomizados. No entanto, testar tratamentos na população-alvo é essencial para o desenvolvimento de qualquer tratamento seguro e eficaz, o que, para muitas afecções como

câncer e doenças cardiovasculares e neurológicas, inclui as pessoas idosas. Uma revisão sistemática recente constatou que 30% dos ensaios clínicos publicados nos principais periódicos médicos entre 1998 e 2015 estabeleceram uma idade máxima para a participação, e mais de 90% não justificaram a exclusão de determinadas faixas etárias (10). Um outro estudo, que analisou ensaios clínicos de fase III realizados no período de 1965 a 2015, determinou que 33% apresentavam um limite máximo de idade de participação e que 67% informaram que a média etária dos participantes era substancialmente inferior à idade das pessoas afetadas pela doença (11). Em 2019, os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos instituíram uma nova política, *Inclusion across the Lifespan* [Inclusão durante toda a vida] (12), que tornou obrigatória a participação de pessoas idosas nos ensaios clínicos. Apesar dessas medidas preventivas, em um estudo recente de 847 ensaios de vacinas e tratamentos contra a COVID-19 registrados no *clinicaltrials.gov* (13), 195 (23%) apresentaram valores de corte para idade e outros 252 (30%) implementaram outros critérios de exclusão que afetavam preferencialmente as pessoas idosas. Portanto, 447 (53%) dos ensaios clínicos foram considerados de alto risco por excluírem essa faixa etária. De 18 ensaios de vacinas, 11 (61%) apresentavam exclusões com base na idade, enquanto 7 (39%) apresentavam outras possíveis exclusões relacionadas à idade; portanto, 100% foram considerados com alto risco por excluir pessoas idosas. Apesar de algumas exclusões serem necessárias para proteger a segurança das pessoas idosas, muitas—como comorbidades estáveis e leves ou exigência de acesso à internet—não se justificam. Os motivos para a exclusão variaram desde vieses antigos relacionados à idade e à políticas discriminatórias, passando pelo protecionismo paternalista (por exemplo, os ensaios clínicos são muito perigosos) e de conveniência (por exemplo, relacionados com o tempo e o custo adicionais de envolver pessoas idosas, ou preocupações com o maior tempo para obter aprovações de segurança), até exclusões não intencionais relacionadas com a idade (por exemplo, a necessidade de participar de videoconferência pela internet). É importante notar que tal exclusão limita a capacidade de avaliar a eficácia, a dose e os efeitos adversos dos tratamentos em pessoas idosas e, em última instância, ameaça a equidade no acesso a vacinas e tratamentos.

TABELA 1 | CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE ANTI-IDADISTA PARA MELHORAR OS RESULTADOS DE SAÚDE PARA AS PESSOAS IDOSAS

DESAFIO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE	POSSÍVEIS SOLUÇÕES A SEREM CONSIDERADAS
Apresentação atípica de doença	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar que os quadros clínicos de doenças graves em pessoas idosas são frequentemente inespecíficos, com manifestações como quedas, <i>delirium</i>, vertigem e <i>failure-to-thrive</i>; • Estabelecer uma rede de segurança e sistemas de acompanhamento para evitar diagnósticos equivocados ou atrasados

DESAFIO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE	POSSÍVEIS SOLUÇÕES A SEREM CONSIDERADAS
Polifarmácia e uso inapropriado de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com farmacêuticos clínicos; • Destacar a frequência da polifarmácia, das reações adversas, das interações entre medicamentos e entre medicamentos e doenças, e da sensibilidade a medicamentos psicoativos, e a necessidade de ajustar as doses; • Usar os critérios de Beers para reduzir a polifarmácia e a exposição a medicamentos inapropriados
Falta de conhecimento por parte dos profissionais da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento dos profissionais da saúde em todos os ambientes de cuidado; • Formação e treinamento sobre aspectos específicos da atenção clínica para as pessoas idosas; • Atenção ao viés implícito e ao idadismo: reenquadrar as atitudes negativas
Abordagens à atenção com base em órgãos ou sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar atenção subspecializada e fragmentada; • Criar atenção interdisciplinar coordenada; • Estabelecer incentivos para que a atenção seja baseada em metas e centrada na pessoa, orientada pelas preferências das pessoas idosas; • Adotar abordagens com base na gerociência para maximizar a longevidade saudável
Barreiras no acesso à assistência de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar as barreiras clínicas, inclusive no nível do paciente e do profissional da saúde, e também de acesso a seguro de saúde e ao financiamento da atenção; • Desenvolver, em escala mundial, sistemas de saúde amigáveis à pessoa idosa; • Derrubar as barreiras ambientais para as pessoas com incapacidades físicas, cognitivas, auditivas, visuais e de alfabetização; • Fortalecer a inclusão digital das pessoas idosas; • Atentar para questões socioculturais, inclusive ansiedade, medo e desconfiança; • Envolver pessoas idosas, familiares cuidadores e geriatras na busca por soluções
Participação insuficiente de familiares cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver os familiares que atuam como cuidadores para otimizar os cuidados às pessoas idosas, especialmente aquelas com fragilidade e com demência; • Usar cuidadores familiares para melhorar a comunicação, monitorar os tratamentos e melhorar a adesão e o acompanhamento
Subutilização da atenção preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar os fatores ligados ao paciente, ao prestador de atenção e ao sistema que levam à subutilização da atenção preventiva eficaz às pessoas idosas.

DESAFIO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE	POSSÍVEIS SOLUÇÕES A SEREM CONSIDERADAS
Recusa de fornecer tratamento de suporte vital	<ul style="list-style-type: none"> • Usar grupos interdisciplinares (que incluam especialistas em geriatria) para considerar a tomada de decisões complexas relativas ao acesso a tratamentos e procedimentos vitais, especialmente em tempos de escassez crítica; • Evitar racionamentos com base exclusivamente na idade
Exclusão de ensaios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Derrubar as barreiras à participação: treinar pessoal, desenvolver alternativas à participação pela internet, envolver os membros da família para obter consentimento substituto caso necessário e minimizar a exclusão de pessoas com comorbidades estáveis; • Envolver geriatras no processo de inclusão das pessoas idosas em ensaios clínicos e no treinamento do pessoal; • Assegurar a equidade no acesso a novas vacinas e terapias.

A atitude de que “as pessoas idosas são dispensáveis” (14) reflete o idadismo perturbador e generalizado que tem sido expressado abertamente durante a pandemia de COVID-19. Na realidade, desvalorizar as pessoas idosas expõe todos nós a perigos. No contexto da assistência à saúde, as pessoas idosas são frequentemente vistas como um fardo econômico para os recursos. Porém, a realidade é que as pessoas idosas são a rocha e a fundação sobre a qual nossa sociedade é edificada, com base em sua contribuição passada, presente e futura à sociedade e à economia. Análises econômicas recentes estimam que as pessoas idosas contribuem com US\$ 250 bilhões ao ano para a economia (15). Elas prestam apoio à família, atuam como cuidadores e realizam trabalho remunerado e voluntário, além de fazerem contribuições inestimáveis para a infraestrutura das comunidades em escala mundial. As pessoas idosas são uma fonte de experiência e conhecimentos especializados para vizinhos e locais de trabalho, e são na verdade uma fonte subutilizada de competência intergeracional e de conhecimentos. Portanto, valorizar e melhorar a possível contribuição das pessoas idosas para a sociedade irá, fundamentalmente, trazer benefícios que perdurarão por gerações.

Apesar de a COVID-19 ter colocado o preconceito contra idade em evidência de maneira incrivelmente dura, ela também criou uma oportunidade sem precedentes de mudarmos esse paradigma e de reelaborarmos o sistema de saúde para que seja anti-idadista, o que em última análise melhorará os resultados de saúde para todos. Com nosso sistema de saúde de pernas para o ar, temos a oportunidade de introduzir, em todo o sistema, mudanças estratégicas que mudem a forma como

prestamos assistência de saúde às pessoas idosas. A tabela 1 apresenta soluções acionáveis e práticas que irão ajudar a enfrentar o problema do idadismo na assistência de saúde. Acima de tudo, é preciso elaborar, em escala mundial, sistemas de saúde amigáveis à pessoa idosa (16) que incluam as pessoas idosas, os familiares que cuidam delas e os especialistas em geriatria como parte da solução. Esses sistemas devem trabalhar para reduzir as barreiras ao acesso em todos os níveis. Em segundo lugar, será essencial melhorar a formação e o treinamento dos profissionais da saúde para proporcionar atendimento apropriado, direcionado aos aspectos específicos das pessoas idosas e sem viés idadista. Tal treinamento ajudará a aumentar a conscientização sobre a apresentação atípica de doenças nas pessoas idosas e reduzir a polifarmácia e a prescrição de medicamentos inadequados. Proporcionar atendimento de alta qualidade às pessoas idosas requer coordenação e que se evite o uso de atenção subespecializada, baseada em órgãos e sistemas. Em condições ideais, a atenção deveria ser supervisionada por uma equipe interdisciplinar que proporcionaria atendimento centrado na pessoa com base nos objetivos e nas preferências definidos pelas pessoas idosas. O avanço da gerociência (17), que se dedica ao desenvolvimento de tratamentos biológicos para aumentar a duração da saúde, pode ajudar a melhorar a longevidade saudável para as pessoas idosas. Envolver familiares cuidadores é importante para melhorar a comunicação, a adesão e o acompanhamento, e monitorar os tratamentos. Esforços sistemáticos—para abordar fatores que limitam o uso da atenção preventiva e que estão relacionados aos pacientes, provedores de serviços de saúde e sistemas de saúde—serão essenciais para manter a saúde das pessoas idosas.

Assegurar o acesso justo e equitativo das pessoas idosas a tratamentos e procedimentos de suporte vital é sumamente importante para qualquer estratégia anti-idadista. O acesso a especialistas em geriatria e o conhecimento das preferências do paciente são essenciais para o complexo processo de tomada de decisões, especialmente quando da falta de insumos. O racionamento com base exclusivamente na idade não deve ser o único critério. A inclusão de pessoas idosas em ensaios clínicos é de suma importância para assegurar a segurança e a eficácia de novos tratamentos e vacinas. As estratégias para melhorar a inclusão das pessoas idosas nos ensaios clínicos devem envolver o treinamento do pessoal, a minimização das exclusões por condições de saúde estáveis, o envolvimento de geriatras nos processos de recrutamento para a participação em ensaios clínicos, a elaboração de um programa flexível e de abordagens ajustáveis, e a obtenção da cooperação da família e de consentimento substituto. A inclusão de pessoas idosas nos ensaios também irá melhorar o acesso aos tratamentos e vacinas advindos de tais pesquisas. Assegurar às pessoas idosas—que são muitas vezes desproporcionalmente afetadas pelas doenças investigadas—acesso equitativo a novas vacinas e tratamentos é fundamental para um sistema de saúde anti-idadista.

A pandemia de COVID-19 trouxe uma maior conscientização sobre o nosso grau de interconexão como indivíduos e sociedades no mundo. Portanto, melhorar a atenção prestada às pessoas idosas e otimizar o sistema de saúde para torná-lo sensível às

particularidades das persoas idosas será benéfico—para nós mesmos hoje e no futuro.

Sharon K. Inouye^{1,2}

¹Departamento de Medicina, Beth Israel Deaconess Medical Center, Faculdade de Medicina de Harvard, Boston, MA, EUA. ² Aging Brain Center, Hinda and Arthur Marcus Institute for Aging Research, Hebrew SeniorLife, Boston, MA, EUA.

e-mail: AgingBrainCenter@hsl.harvard.edu

Publicação on-line: 11 de fevereiro de 2021

<https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>

REFERENCIAS

1. Chang, E. S. et al. *PLoS ONE* 15, e0220857 (2020).
2. Hamel, M. B. et al. *Ann. Intern. Med.* 130, 116–125 (1999).
3. Limpawattana, P., Phungoen, P., Mitsungrern, T., Laosuankoon, W. & Tansangworn, N. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 62, 97–102 (2016).
4. Canto, J. G. et al. *JAMA* 283, 3223–3229 (2000).
5. Lavan, A. H. & Gallagher, P. *Ther. Adv. Drug Saf.* 7, 11–22 (2016).
6. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. *J. Am. Geriatr. Soc.* 67, 674–694 (2019).
7. Breyer, F. & Schultheiss, C. *Int. J. Health Care Finance Econ.* 2, 247–264 (2002).
8. *Annual Report on Kidney Transplantation 2018/19, NHS Blood and Transplant* (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, 2019); <https://nhsbt.dbe.blob.core.windows.net/umbraco-assets-corp/16778/nhsbt-kidney-transplantation-annual-report-2018-19.pdf>
9. Miller, F. G. Why I support age-related rationing of ventilators for Covid-19 patients. *The Hastings Center* <https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients/> (2020).
10. Thake, M. & Lowry, A. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 72, 99–102 (2017).
11. Lockett, J., Sauma, S., Radziszewska, B. & Bernard, M. A. *J. Am. Geriatr. Soc.* 67, 218–222 (2019).
12. Inclusion across the lifespan. *Institutos Nacionales de Salud* <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/lifespan.htm#> (2019).
13. Helfand, B. K. I. et al. *JAMA Intern. Med.* 180, 1546–1549 (2020).
14. Schnell, F., Tahmaseb McConatha, J., Magnarelli, J. & Fry, D. *Ageism and Perceptions of Vulnerability: Framing of Age During the Covid-19 Pandemic* (West Chester University, 2020).
15. Bloom, D. E., Khoury, A., Algur, E. & Sevilla, J. P. *Economist (Leiden)* 168, 153–181 (2020).
16. Fulmer, T., Mate, K. S. & Berman, A. *J. Am. Geriatr. Soc.* 66, 22–24 (2018).
17. Barzilai, N., Cuervo, A. M. & Austad, S. *JAMA* 320, 1321–1322 (2018).

AGRADECIMENTOS

Esta publicação teve apoio, em parte, do Instituto Nacional para o Envelhecimento dos Estados Unidos (editais N° P01AG031720 e N° R24AG054259).

A Dra. Sharon K. Inouye ocupa a cátedra da família Milton e Shirley F. Levy na Hebrew SeniorLife/Faculdade de Medicina de Harvard. As fontes de fomento não participaram da elaboração, condução ou redação deste Comentário.

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não ter conflitos de interesse.