

Edição Temática: Diversidade Étnica e Cultural na Medicina: Saberes, Práticas e Desafios Contemporâneos

ETARISMO NA ATENÇÃO À SAÚDE: INVISIBILIDADE, PRÁTICAS INSTITUCIONAIS E DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA E O CUIDADO INTEGRAL

*AGEISM IN HEALTHCARE: INVISIBILITY,
INSTITUTIONAL PRACTICES, AND CHALLENGES FOR
MEDICAL TRAINING AND COMPREHENSIVE CARE*



e-ISSN 2525-5851
Centro de Ciências
Médicas/UFPB

RESUMO

Objetivos: Analisar o etarismo na atenção à saúde como fenômeno estrutural e institucional, identificando suas principais manifestações nos serviços de saúde e discutindo suas implicações para o cuidado integral à pessoa idosa, para a formação médica e para a formulação de políticas públicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura. Foram analisadas produções científicas nacionais e internacionais, documentos normativos e marcos conceituais relacionados ao envelhecimento, ao preconceito etário e à atenção à saúde da pessoa idosa. A análise foi orientada por eixos temáticos que contemplaram dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais do etarismo, bem como fatores institucionais, culturais e educacionais presentes nos serviços de saúde. **Resultados:** Os achados evidenciam que o etarismo se manifesta de forma ampla e sistemática na atenção à saúde, incluindo invisibilização clínica, subdiagnóstico, restrição de tratamentos, exclusão de intervenções terapêuticas, comunicação inadequada e violência simbólica e institucional. Tais práticas comprometem o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado, estando associadas a piores desfechos em saúde, redução da qualidade de vida e ampliação das desigualdades sociais na velhice. Observou-se ainda que fatores estruturais e culturais do ambiente hospitalar, bem como lacunas na formação profissional e a influência do currículo oculto, contribuem significativamente para a reprodução de atitudes etaristas. **Conclusões:** Conclui-se que o enfrentamento do etarismo na atenção à saúde demanda estratégias integradas que articulem mudanças na formação profissional, na organização dos serviços e na cultura social sobre o envelhecimento. Investir em educação permanente, revisão de práticas assistenciais e fortalecimento do protagonismo da pessoa idosa é fundamental para a construção de um cuidado equitativo, humanizado e sensível às especificidades do envelhecimento.

Palavras-Chave: Etarismo; Atenção à saúde; Pessoa idosa; Formação médica; Direitos em saúde.

Submetido em: 17/08/2025

Aceito em: 30/09/2025

Publicado em: 28/12/2025

**Gabriel Moreira Trindade
João Gabriel Toledo Ramos
Lins**

Rafael Luiz Rocha Bruno
Estudantes de Graduação em
Medicina da Universidade Federal
da Paraíba (UFPB)

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Docente do Centro de Ciências
Médicas da UFPB

**Contato para
correspondência:**
gabriel.trindade@academico.ufpb.br

Como citar este artigo: Trindade GM, Lins JGTR, Bruno RLR, Sousa-Muñoz RL. Etarismo na atenção à saúde: invisibilidade, práticas institucionais e desafios para a formação médica e o cuidado integral. Rev Med Pesq. 2025;6(3):24-35.

ABSTRACT

Objectives: To analyze ageism in healthcare as a structural and institutional phenomenon, identifying its main manifestations in health services and discussing its implications for comprehensive care for older adults, for medical training, and for the formulation of public policies. **Methods:** This is a qualitative, theoretical-reflective study based on a narrative literature review. National and international scientific publications, normative documents, and conceptual frameworks related to aging, ageism, and older adult healthcare were analyzed. The analysis was guided by thematic axes that encompassed cognitive, affective, and behavioral dimensions of ageism, as well as institutional, cultural, and educational factors present in health services. **Results:** The findings show that ageism manifests itself broadly and systematically in healthcare, including clinical invisibility, underdiagnosis, treatment restrictions, exclusion from therapeutic interventions, inadequate communication, and symbolic and institutional violence. Such practices compromise access, quality, and comprehensiveness of care, and are associated with worse health outcomes, reduced quality of life, and increased social inequalities in old age. It was also observed that structural and cultural factors in the hospital environment, as well as gaps in professional training and the influence of the hidden curriculum, contribute significantly to the reproduction of ageist attitudes. **Conclusions:** It is concluded that addressing ageism in healthcare requires integrated strategies that articulate changes in professional training, the organization of services, and the social culture surrounding aging. Investing in continuing education, reviewing care practices, and strengthening the protagonism of older adults is fundamental to building equitable, humanized care that is sensitive to the specificities of aging.

Key-words: Ageism; Healthcare; Elderly people; Medical training; Health rights.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial constitui um fenômeno demográfico sem precedentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a população com 60 anos ou mais deverá atingir dois bilhões de pessoas até 2050, superando pela primeira vez o número de crianças menores de 15 anos [1]. No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada, impondo desafios complexos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às políticas públicas voltadas ao cuidado integral [7,8].

Apesar da crescente centralidade demográfica da população idosa, persistem barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde e na garantia de direitos. Entre essas barreiras, destaca-se o etarismo (ou idadismo) compreendido como discriminação sistemática baseada na idade, frequentemente naturalizada na prática clínica, nos currículos de formação em saúde e nas instituições [9,10]. O etarismo refere-se à presença de estereótipos, preconceitos e discriminação contra adultos mais velhos com base na sua idade. Trata-se de um fenômeno estrutural, que extrapola atitudes individuais e se materializa em omissões, negligências e práticas assistenciais reducionistas [11].

No contexto da atenção à saúde, o etarismo manifesta-se por meio de diagnósticos tardios, subvalorização de sintomas, exclusão de idosos de ensaios clínicos e recusa de terapias sob a justificativa da “idade avançada” [12]. Essas práticas violam princípios éticos fundamentais, como equidade, beneficência e justiça, além de impactarem negativamente os desfechos clínicos e a qualidade de vida da população idosa [4,13]. O preconceito etário é um fenômeno generalizado e constitui uma ameaça significativa ao bem-estar das pessoas idosas. Identificar os fatores que contribuem para o preconceito etário é fundamental para fundamentar políticas que minimizem seu impacto social.

O objetivo deste trabalho foi analisar o etarismo na atenção à saúde como fenômeno histórico, cultural e institucional, discutindo suas manifestações clínicas, impactos nos desfechos em saúde e implicações para a formação médica.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura. Foram analisados artigos científicos, documentos oficiais, legislações e relatórios institucionais publicados entre 2000 e 2024, com foco no envelhecimento, etarismo e atenção à saúde da pessoa idosa [2,3,7].

A revisão narrativa da literatura é um tipo de revisão não sistemática, porém rigorosa, que tem como finalidade de mapear o estado do conhecimento sobre um tema, contextualizar

historicamente o debate e sustentar uma argumentação crítica. Contudo, o método empregado não permite a replicação dos dados nem produz resultados quantitativos acerca da produção analisada, visto que a fonte de busca dos trabalhos e sua seleção frequentemente não são sistematicamente especificadas [14].

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura, que analisou produções científicas, documentos normativos e marcos conceituais relacionados ao etarismo na atenção à saúde. A análise foi orientada por eixos temáticos previamente definidos, visando à compreensão crítica das manifestações do preconceito etário e de suas implicações para o cuidado integral e a formação em saúde, como envelhecimento como construção sociocultural, etarismo na saúde, impactos clínicos do etarismo, interseccionalidade, direitos da pessoa idosa e estratégias de enfrentamento [9,11].

3 RESULTADOS

Os resultados desta revisão são apresentados de forma analítica e categorial, a partir da sistematização das evidências identificadas na literatura acerca do preconceito etário na atenção à saúde. As informações extraídas dos estudos selecionados foram organizadas em eixos temáticos, construídos de modo a evidenciar as principais manifestações do etarismo nos serviços de saúde, bem como os fatores institucionais, culturais e educacionais associados à sua reprodução. Essa abordagem permitiu agrupar os achados segundo padrões recorrentes, contemplando desde práticas clínicas e comunicacionais até aspectos estruturais dos sistemas de saúde e da formação profissional, possibilitando uma compreensão integrada do fenômeno e de seus impactos sobre o cuidado à pessoa idosa.

Etarismo como construção histórica e cultural

O etarismo constitui uma forma específica de preconceito e discriminação social baseada na idade, particularmente dirigida às pessoas idosas. Embora o termo seja frequentemente confundido com discriminação etária, Goldani [16] distingue estes conceitos: para ela, etarismo refere-se ao sistema de crenças, estereótipos e atitudes socialmente construídas sobre a idade, enquanto discriminação etária diz respeito às práticas concretas que utilizam a idade como critério excludente, por exemplo, no mercado de trabalho, nos serviços de saúde ou nas políticas públicas. A literatura especializada compreende o preconceito etário como um fenômeno complexo e multidimensional, constituído por pelo menos três dimensões inter-relacionadas: a cognitiva, a afetiva e a comportamental. A dimensão cognitiva refere-se aos estereótipos, entendidos como crenças socialmente compartilhadas sobre o envelhecimento e sobre as pessoas idosas. Esses estereótipos, em geral de caráter negativo, são incorporados precocemente ao longo do ciclo de vida e tendem a persistir de forma acrítica, podendo transformar-se em profecias autorrealizáveis na velhice (3). Exemplos recorrentes incluem a ideia de que pessoas idosas seriam incapazes de aprender novas habilidades, adaptar-se a mudanças ou exercer autonomia intelectual. Quando tais estereótipos são ativados, sobretudo em contextos nos quais não se reconhecem as especificidades e heterogeneidades do envelhecimento, produzem rótulos simplificadores que classificam os indivíduos em categorias rígidas, acionando crenças depreciativas com repercussões negativas em múltiplas esferas da vida social, profissional e em saúde (4).

A dimensão afetiva do preconceito etário diz respeito aos sentimentos, atitudes emocionais e julgamentos valorativos dirigidos às pessoas idosas, que podem assumir tanto formas abertamente negativas quanto aparentemente positivas. Nesse plano, o preconceito manifesta-se, por exemplo, por meio de sentimentos de pena, superproteção ou condescendência, frequentemente justificados pela percepção do idoso como frágil ou incapaz. Embora tais reações possam parecer benevolentes, elas tendem a minar a autonomia e a agência das pessoas idosas, reforçando relações assimétricas e legitimando intervenções que desconsideram sua capacidade de decisão e ação independente.

Por outro lado, a dimensão comportamental corresponde à discriminação propriamente dita, expressa em práticas concretas de exclusão, restrição ou desigualdade de oportunidades baseadas exclusivamente na idade cronológica. Essa forma de preconceito materializa-se quando indivíduos idosos são sistematicamente colocados em posições sociais desfavoráveis, como ocorre, por exemplo, quando um trabalhador é impedido de participar de programas de capacitação ou atualização profissional sob o argumento de que sua idade inviabilizaria o aprendizado ou o retorno institucional do investimento (1). Tais práticas reforçam a marginalização social e

econômica da velhice e contribuem para a reprodução de desigualdades estruturais.

Importa destacar que o preconceito etário pode se manifestar tanto de maneira sutil e velada, incorporada a discursos, rotinas institucionais e decisões aparentemente neutras, quanto de forma explícita e declarada, por meio de atitudes abertamente discriminatórias. Em ambos os casos, seus efeitos são profundos, pois influenciam não apenas a forma como a sociedade percebe as pessoas idosas, mas também como essas próprias pessoas constroem a percepção de suas capacidades, limites e necessidades, internalizando, muitas vezes, visões estigmatizantes sobre o próprio envelhecimento (2).

Contudo, é importante salientar que a compreensão da velhice varia conforme os contextos culturais e históricos. Em diversas sociedades indígenas brasileiras, o idoso ocupa posição central como guardião da memória coletiva e do saber tradicional, sendo reconhecido como autoridade simbólica e política [17]. De modo semelhante, em tradições africanas, a velhice associa-se à ancestralidade, à sabedoria e ao respeito intergeracional [18]. Em contraste, a modernidade ocidental, marcada por valores produtivistas e utilitaristas, construiu a velhice como sinônimo de decadência e improdutividade, favorecendo processos de exclusão e medicalização do envelhecimento [11]. Esse apagamento, atribuído a um viés eurocêntrico, contribuiu para a institucionalização do idoso como “corpo-descartável”, fenômeno que reverbera até hoje também nas práticas de saúde [9].

Manifestações do etarismo na atenção à saúde

No âmbito dos serviços de saúde, os impactos decorrentes dos estereótipos, preconceitos e práticas discriminatórias dirigidas às pessoas idosas encontram-se amplamente documentados na literatura e revelam efeitos concretos sobre o acesso, a qualidade e a oportunidade do cuidado. Tais processos contribuem para a limitação do acesso a ações preventivas, diagnósticos oportunos e tratamentos adequados, estando fortemente associados a desfechos negativos em saúde. Evidenciam-se, nesse contexto, redução da longevidade, comprometimento da qualidade de vida e do bem-estar, maior exposição a comportamentos de risco, fragilização das relações sociais, aumento da incidência de doenças físicas e mentais, bem como declínio cognitivo, configurando um quadro de vulnerabilidade ampliada para a população idosa (4).

O preconceito etário manifesta-se nos serviços de saúde, ainda, por meio de atitudes implícitas e práticas institucionais enviesadas, muitas vezes naturalizadas, que favorecem sistematicamente indivíduos mais jovens em detrimento dos mais velhos na alocação de recursos e no acesso a serviços especializados. Esse viés pode ser observado em decisões relativas à admissão em Unidades de Terapia Intensiva, à indicação de tratamentos de alto custo, à realização de procedimentos cirúrgicos complexos e a outras intervenções consideradas de maior valor terapêutico. Tais práticas refletem não apenas escolhas clínicas individuais, mas uma lógica cultural mais ampla, presente nas sociedades ocidentais, que associa valor social à juventude, e, no plano institucional, expressa-se em leis, normas, políticas e protocolos que restringem oportunidades e direitos das pessoas idosas, com repercussões diretas sobre a assistência prestada e o aprofundamento das desigualdades nos sistemas e serviços de saúde (6).

Apesar da magnitude de seus efeitos, o preconceito etário permanece menos investigado do que outras formas de discriminação, como o racismo ou o sexismo, particularmente no campo da saúde. Observa-se escassez de estudos que analisem de forma explícita e sistemática suas manifestações nos serviços de saúde, bem como limitada produção de evidências científicas capazes de subsidiar o processo de trabalho dos profissionais na identificação e mitigação de práticas etaristas no cuidado à população idosa (7,8). Diante desse cenário, a presente revisão distingue-se por oferecer uma visão ampliada e integrada das múltiplas formas pelas quais o preconceito etário se materializa no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o mapeamento das evidências disponíveis sobre o preconceito etário e das estratégias adotadas para seu enfrentamento assume relevância estratégica, ao possibilitar a construção de uma base analítica que oriente investigações futuras. Ademais, tal sistematização contribui para o aprimoramento de políticas públicas, o desenvolvimento de intervenções institucionais e a qualificação da formação de profissionais da saúde, favorecendo práticas de cuidado mais equitativas, éticas e sensíveis às especificidades do envelhecimento.

No campo da saúde, o etarismo pode assumir formas implícitas e explícitas. O etarismo implícito manifesta-se por vieses inconscientes que levam profissionais a atribuírem sintomas ao “envelhecimento natural”, sem investigação adequada [12]. Estudos demonstram que tais práticas

estão associadas ao subdiagnóstico de condições como depressão, doenças cardiovasculares e síndromes geriátricas [4,14]. Por outro lado, o etarismo explícito configura-se como violência institucional, expressa na recusa de procedimentos, no tempo reduzido de consulta e em comentários depreciativos direcionados a pacientes idosos [5]. Evidências apontam que idosos expostos a experiências de discriminação apresentam maior risco de mortalidade, menor adesão terapêutica e pior percepção de cuidado [1,4]. Essas práticas são agravadas quando o etarismo se articula a outros marcadores sociais, como gênero e raça. Mulheres idosas e idosos negros enfrentam maior exclusão nos serviços de saúde, refletindo desigualdades estruturais persistentes [6,15].

Araújo et al. [19] demonstraram, em uma revisão de escopo da literatura, quais são as principais manifestações de etarismo no âmbito dos serviços de saúde. Os referidos autores elencam as seguintes manifestações ou expressões do etarismo na saúde: invisibilização clínica e fragilização da avaliação diagnóstica; restrição e atraso no acesso a tratamentos; exclusão de intervenções cirúrgicas e terapêuticas especializadas; comunicação inadequada e desqualificação da escuta; barreiras estruturais no acesso a serviços e recursos de saúde; cuidado incompleto, apressado ou negligente; fragilização do apoio aos familiares e à rede de cuidado; atitudes antienvhecimento e desvalorização simbólica; estereótipos, crenças e vieses profissionais; e violência simbólica e institucional no cuidado. Estas expressões estão demonstradas no **Quadro 1**, com a descrição das manifestações.

Quadro 1. Categorias temáticas das manifestações do preconceito etário nos serviços de saúde segundo dados de revisão de literatura

Categoria temática	Descrição das manifestações
Invisibilização clínica e fragilização diagnóstica	Anamnese superficial, investigação diagnóstica insuficiente, subdiagnóstico e naturalização de sintomas como inerentes ao envelhecimento.
Restrição e atraso no acesso a tratamentos	Menor oferta ou adiamento de terapias potencialmente benéficas, omissão de informações sobre opções terapêuticas e limitação da autonomia nas decisões em saúde.
Exclusão de intervenções cirúrgicas e terapêuticas especializadas	Redução de cirurgias, terapias avançadas e procedimentos conservadores, com uso da idade cronológica como critério implícito de exclusão.
Comunicação inadequada e desqualificação da escuta	Uso de linguagem condescendente ou infantilizada, violação da privacidade, exclusão do idoso do diálogo clínico e explicações inacessíveis.
Barreiras estruturais no acesso a serviços e recursos de saúde	Menor acesso a UTI, reabilitação, saúde mental, transplantes e tecnologias assistenciais, além de restrições em situações de urgência e emergência.
Cuidado incompleto, apressado ou negligente	Prioridade reduzida às necessidades do idoso, avaliação insuficiente de riscos, menor investimento em cuidados básicos e desconsideração das dimensões psicossociais.
Fragilização do apoio aos familiares e cuidadores	Apoio psicológico e informacional insuficiente aos familiares, comprometendo a rede de cuidado e a continuidade da assistência.
Atitudes antienvhecimento e desvalorização simbólica	Comportamentos, atitudes e disposições negativas em relação à velhice, como constrangimento, desinteresse, medo do envelhecimento e desvalorização social.
Estereótipos, crenças e vieses profissionais	Associação da velhice à incapacidade, fragilidade, baixa adesão terapêutica, assexualidade e inevitabilidade do declínio.
Violência simbólica e institucional	Tratamento objetificado, hostilidade verbal, culpabilização do idoso e transferência indevida da responsabilidade do cuidado à família.

Fonte: Adaptação de dados obtidos pela revisão de escopo de Araújo et al. [19]

Dos resultados da referida revisão de escopo, depreende-se que nos serviços de saúde, o

preconceito etário dirigido às pessoas idosas manifesta-se de forma ampla e sistemática, afetando diferentes etapas do cuidado. Sobressaiu como fator relevante a frequente redução de investigação diagnóstica, caracterizada por anamnese superficial, omissão de aspectos relevantes da história clínica, tais como sexualidade e saúde mental, assim como uma condução inadequada de exames e avaliações diagnósticas. Essas práticas contribuem para atrasos, subdiagnósticos e decisões clínicas baseadas em pressupostos etários, e não em critérios técnicos.

O acesso aos tratamentos também apareceu como desigual, com restrição ou atraso na indicação de terapias potencialmente benéficas, tais como procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, imunoterapia e tratamentos farmacológicos. Em muitos casos, informações sobre o estado da doença e as opções terapêuticas não são plenamente compartilhadas com o paciente idoso, comprometendo o consentimento informado e a autonomia nas decisões em saúde.

A redução significativa de intervenções cirúrgicas, independentemente da gravidade clínica dos idosos foi outro aspecto que se destacou, incluindo menor acesso a procedimentos conservadores, cirurgias reconstrutivas e tratamentos especializados. Assim, a idade cronológica funciona como critério implícito de exclusão, substituindo a avaliação individualizada da condição clínica e funcional.

No plano comunicacional, também foram referidos problemas: há recorrentes menções ao uso de linguagem inadequada, condescendente ou infantilizada, assim como violação da privacidade, exclusão do idoso do diálogo clínico e utilização de explicações inacessíveis a ele, o que limita sua participação ativa no cuidado e reforça relações assimétricas entre profissionais e pacientes.

O preconceito etário também se expressou, na referida revisão, no baixo acesso a serviços e recursos de saúde, incluindo restrições em situações de urgência, menor encaminhamento para serviços especializados, acesso limitado à reabilitação, transplantes e cuidados em saúde mental, bem como menor intensidade de intervenções em situações críticas, como paradas cardiorrespiratórias.

No cotidiano assistencial, muitos idosos relataram cuidados incompletos, apressados ou desatentos, com menor priorização de suas necessidades, avaliação insuficiente de riscos, como o suicídio, assim como pouca consideração pelas dimensões psicossociais e contextuais do envelhecimento. Em situações de doença avançada, observa-se inclusive menor investimento em cuidados básicos tanto de medicina quanto de enfermagem. Além disso, referiu-se desatenção às necessidades dos familiares, que frequentemente recebem apoio psicológico insuficiente, independentemente do prognóstico do idoso, o que fragiliza a rede de cuidado e o suporte emocional.

Portanto, infere-se que o preconceito etário é sustentado por atitudes antienvhecimento, crenças estereotipadas e abordagens violentas, expressas por desvalorização social, constrangimentos, hostilidade verbal, culpabilização do idoso e transferência indevida da responsabilidade do cuidado à família. Tais práticas reforçam a percepção do idoso como incapaz, pouco cooperativo ou intelectualmente limitado, legitimando intervenções desumanizadas e aprofundando desigualdades no cuidado em saúde.

Implicações para a formação médica e para as políticas públicas

O preconceito etário na área da saúde está relacionado a desfechos desfavoráveis para pacientes idosos, especialmente porque influenciam o cuidado recebido por eles. A reprodução do etarismo na atenção à saúde está diretamente relacionada às lacunas na formação profissional. Currículos médicos ainda privilegiam modelos biomédicos centrados na doença aguda, com baixa incorporação de conteúdos sobre geriatria, gerontologia e envelhecimento como processo complexo [18-20].

A compreensão dos fatores educacionais presentes nos ambientes hospitalares de ensino é fundamental para explicar a formação das atitudes de estudantes de medicina e médicos residentes em relação a pacientes idosos internados. A análise da literatura evidencia que tais atitudes não decorrem apenas de características individuais dos aprendizes, mas são fortemente moldadas por elementos estruturais, culturais e pedagógicos que atravessam o cotidiano do treinamento clínico. Um dos aspectos centrais identificados diz respeito à associação recorrente entre idade avançada, multimorbidade e necessidades complexas de cuidado. Pacientes idosos tendem a ser percebidos como portadores de múltiplas condições médicas, limitações funcionais e comprometimento cognitivo, o que contribui para sua representação como casos difíceis, pouco

estimulantes ou de baixo potencial terapêutico. Essa percepção gera visões niilistas sobre o cuidado, nas quais o tratamento é considerado ineficaz ou incapaz de modificar desfechos, reforçando atitudes negativas e desinteresse clínico. A complexidade inerente ao cuidado geriátrico, somada à presença de demandas psicossociais e quadros clínicos menos definidos, frequentemente provoca insegurança, sobrecarga cognitiva e frustração entre estudantes de medicina e médicos residentes [19,20,21].

O próprio ambiente hospitalar emerge como um fator determinante na produção dessas atitudes [22]. Limitações estruturais dos serviços, inadequação dos sistemas hospitalares para o cuidado de pessoas idosas e a percepção de que esses pacientes consomem recursos de forma desproporcional contribuem para sua desvalorização simbólica. A ideia de que pacientes idosos “ocupam leitos” ou dificultam o planejamento da alta reforça uma lógica produtivista que hierarquiza pacientes com base em critérios de eficiência e retorno assistencial. Além disso, a fragmentação do cuidado e a baixa colaboração interprofissional intensificam a percepção de que o manejo de pacientes idosos é desorganizado, complexo e pouco resolutivo.

A cultura organizacional hospitalar exerce papel decisivo nesse processo por meio do chamado currículo oculto do processo formativo em medicina. Linguagens depreciativas, comentários estigmatizantes e atitudes negativas expressas por profissionais mais experientes são observadas e reproduzidas por estudantes e residentes, muitas vezes de forma acrítica. Embora o ambiente hospitalar possa oferecer oportunidades para a construção de modelos positivos de cuidado, as atitudes preconceituosas predominantes tendem a se sobrepor, favorecendo a transmissão intergeracional do preconceito etário.

As interações clínicas diretas com pacientes idosos apresentam um caráter ambivalente. Por um lado, a comunicação e a anamnese são frequentemente percebidas como desafiadoras, e o cuidado ao paciente idoso internado pode ser vivenciado como pouco gratificante ou emocionalmente desgastante, estando associado a sofrimento moral e burnout. Por outro, alguns estudantes e residentes reconhecem aspectos positivos nessas interações, descrevendo pacientes idosos como mais respeitosos, colaborativos e gratos, o que evidencia que as atitudes não são homogêneas nem invariavelmente negativas.

A exposição à Geriatria e o treinamento específico nessa área, de modo geral, associam-se a atitudes mais favoráveis em relação a pacientes idosos, embora essa relação não seja linear nem dependente exclusivamente do tempo de formação. Cursos estruturados, atividades reflexivas, experiências de aprendizagem experiencial e estágios em Geriatria demonstram potencial para melhorar atitudes, mas seus efeitos são inconsistentes. Essa variabilidade sugere que a simples ampliação da carga horária ou da exposição clínica não é suficiente para transformar atitudes profundamente enraizadas.

De forma geral, os achados indicam que fatores sistêmicos e culturais do ambiente hospitalar têm peso significativo na formação de atitudes negativas, enquanto a educação geriátrica tende a atuar como fator protetivo. No entanto, as lacunas persistentes apontam para a necessidade de reformas educacionais mais abrangentes, que enfrentem explicitamente o currículo oculto, promovam colaboração interprofissional e ofereçam suporte pedagógico para o manejo da complexidade clínica e da incerteza. Intervenções educacionais eficazes devem ir além do conteúdo técnico, incorporando estratégias reflexivas, modelos positivos de cuidado e mudanças estruturais que favoreçam uma abordagem mais inclusiva, ética e sensível ao envelhecimento no contexto hospitalar.

Embora o Brasil disponha de um arcabouço normativo consistente — como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa —, a efetividade dessas políticas é limitada por falhas na implementação e pela insuficiente capacitação dos profissionais de saúde [7,8,21].

3 DISCUSSÃO

O etarismo, conforme evidenciado ao longo deste estudo, não pode ser compreendido apenas como atitude individual ou falha pontual na prática clínica, mas como um fenômeno estrutural que atravessa os sistemas de saúde, os processos formativos e a organização social do cuidado [5, 10, 17,18]. Há diversas revisões de escopo, integrativas e sistemáticas abordando o etarismo no contexto da saúde [19, 20,21,22, 24].

A literatura internacional tem demonstrado que o preconceito etário opera de forma semelhante a outros marcadores de discriminação, como racismo e sexismo, produzindo

desigualdades sistemáticas no acesso, na qualidade da atenção e nos desfechos em saúde [16, 21]. Nesse sentido, o etarismo deve ser reconhecido como um determinante social da saúde, capaz de influenciar tanto o comportamento dos profissionais quanto a forma como os próprios idosos percebem e vivenciam o cuidado.

A World Values Survey, uma das maiores e mais reconhecidas pesquisas comparativas internacionais sobre valores, crenças, atitudes e normas sociais das populações ao redor do mundo, em escala global (57 países), começou na década de 1980, com o objetivo de obter dados empíricos coletados em escala global. Os resultados dessa pesquisa revelaram como as pessoas pensam, sentem e avaliam temas centrais da vida social, permitindo compreender valores culturais, atitudes sociais e preconceitos em diferentes sociedades. Tais dados indicaram que uma parcela expressiva da população percebe que as pessoas idosas não são tratadas com o respeito que lhes é devido. Além disso, observou-se que, em diferentes contextos regionais, o crescimento proporcional da população idosa está associado ao aumento de atitudes sociais desfavoráveis em relação a esse grupo etário [23]. Diante das atuais tendências de envelhecimento populacional em escala global e da insuficiência de políticas públicas capazes de enfrentar o problema de modo efetivo, é plausível supor que o preconceito etário tenda a se intensificar nas próximas décadas, aprofundando desigualdades e tensões intergeracionais.

Os achados discutidos neste artigo dialogam com estudos que apontam que práticas etaristas contribuem para o subdiagnóstico, a medicalização inadequada e a exclusão terapêutica de pessoas idosas, especialmente em contextos de urgência e emergência [21]. A naturalização do sofrimento como “próprio da idade” reforça uma lógica clínica reducionista, que desconsidera a singularidade do envelhecimento e ignora a complexidade das síndromes geriátricas. Evidências mostram que essa abordagem resulta em atrasos diagnósticos evitáveis, aumento de eventos adversos e maior mortalidade, o que confirma que o etarismo não é apenas uma questão ética, mas também um problema de segurança do paciente [21-23].

Outro aspecto central refere-se à internalização do preconceito etário pelos próprios idosos, fenômeno descrito como autoetarismo. Estudos longitudinais demonstram que idosos que incorporam estereótipos negativos sobre a velhice apresentam pior estado funcional, maior declínio cognitivo e menor expectativa de vida, independentemente de condições clínicas prévias [24]. Tal processo evidencia que o etarismo atua não apenas no plano institucional, mas também no campo simbólico e subjetivo, afetando a autonomia, a autoestima e o engajamento do idoso no autocuidado. Assim, combater o etarismo implica também promover narrativas positivas e realistas sobre o envelhecimento.

No campo da formação médica, a persistência do etarismo revela limites importantes dos currículos tradicionais, ainda fortemente ancorados em modelos biomédicos centrados na doença aguda e na performance corporal [25]. A escassa inserção da geriatria e da gerontologia como eixos estruturantes da formação contribui para a insegurança clínica, para o distanciamento afetivo e para a reprodução de estereótipos entre estudantes e profissionais de saúde. Experiências pedagógicas baseadas em metodologias ativas, educação intergeracional e contato longitudinal com pessoas idosas têm demonstrado potencial significativo para reduzir atitudes etaristas e ampliar a competência clínica e comunicacional dos futuros médicos [26].

Do ponto de vista das políticas públicas, embora exista um arcabouço normativo robusto voltado à proteção da pessoa idosa, a literatura aponta que a distância entre formulação e implementação permanece como um dos principais entraves à efetividade dessas políticas [27]. A insuficiência de financiamento, a fragmentação das redes de atenção e a ausência de indicadores específicos para monitoramento de práticas discriminatórias contribuem para a manutenção do etarismo institucional. Além disso, a falta de mecanismos sistemáticos de escuta e participação social dos idosos limita a construção de políticas sensíveis às suas reais necessidades [13].

Por fim, o enfrentamento do etarismo na atenção à saúde exige uma abordagem integrada, que articule mudanças na formação profissional, na cultura organizacional dos serviços e na relação da sociedade com o envelhecimento [20,29]. Estratégias como educação permanente, revisão de protocolos clínicos, fortalecimento da escuta qualificada e valorização do tempo como dimensão do cuidado são fundamentais para romper com a lógica produtivista que marginaliza os idosos. Mais do que ampliar o acesso, trata-se de transformar o modo de cuidar, reconhecendo a pessoa idosa como sujeito de direitos, de saberes e de decisões, condição indispensável para a efetivação do cuidado integral e humanizado.

A análise reforça a compreensão do etarismo como um determinante social da saúde, cuja

persistência está relacionada a modelos biomédicos centrados na doença aguda, à lógica produtivista dos serviços e à insuficiente incorporação do envelhecimento como eixo estruturante da formação em saúde. Embora a educação em geriatria e a exposição qualificada ao cuidado de pessoas idosas apresentem potencial para reduzir atitudes negativas, seus efeitos são heterogêneos e frequentemente neutralizados por culturas institucionais excludentes. O etarismo revela-se, assim, um problema ético, clínico e político, que exige abordagens interdisciplinares e transformadoras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o etarismo na atenção à saúde constitui um fenômeno estrutural, historicamente construído e institucionalmente reproduzido, que atravessa práticas assistenciais, processos formativos e políticas públicas. Longe de se restringir a atitudes individuais ou episódios isolados de discriminação, o preconceito etário manifesta-se de forma sistemática nos serviços de saúde, comprometendo o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado prestado às pessoas idosas.

A análise da literatura permitiu identificar um conjunto amplo e recorrente de manifestações do etarismo na prática assistencial, incluindo a invisibilização clínica, o subdiagnóstico, a restrição de tratamentos, a exclusão de intervenções terapêuticas, a comunicação inadequada e a violência simbólica e institucional. Essas expressões não apenas violam princípios éticos fundamentais, como equidade, justiça e respeito à autonomia, mas também produzem impactos concretos sobre os desfechos em saúde, contribuindo para maior morbimortalidade, pior qualidade de vida e ampliação das desigualdades sociais na velhice.

Os achados reforçam a compreensão do etarismo como um determinante social da saúde, capaz de influenciar decisões clínicas, organizar fluxos institucionais e moldar a experiência subjetiva do cuidado. Além disso, a articulação do preconceito etário com outros marcadores sociais — como gênero, raça e classe — evidencia seu caráter interseccional, aprofundando vulnerabilidades e produzindo exclusões múltiplas no interior dos sistemas de saúde.

No campo da formação médica, o estudo revelou que a persistência do etarismo está fortemente associada às lacunas curriculares, à predominância de modelos biomédicos centrados na doença aguda e à influência do currículo oculto nos ambientes hospitalares. Embora a educação em geriatria e a exposição qualificada ao cuidado de pessoas idosas demonstrem potencial para reduzir atitudes etaristas, seus efeitos são heterogêneos e frequentemente neutralizados por culturas institucionais marcadas por discursos produtivistas, desvalorização da velhice e naturalização da exclusão. Esses achados indicam que a simples ampliação da carga horária ou da exposição clínica é insuficiente, sendo necessária uma transformação mais profunda dos modelos pedagógicos, das práticas de supervisão e das referências simbólicas que orientam a formação em saúde.

Do ponto de vista das políticas públicas, o estudo evidencia o paradoxo entre a existência de um arcabouço normativo robusto de proteção à pessoa idosa e a fragilidade de sua implementação nos serviços de saúde. A insuficiência de financiamento, a fragmentação das redes de atenção, a ausência de indicadores específicos para monitorar práticas discriminatórias e a limitada participação social dos idosos contribuem para a manutenção do etarismo institucional, mesmo em contextos legalmente avançados.

Diante desse cenário, o enfrentamento do etarismo na atenção à saúde exige estratégias integradas e multissetoriais, que articulem mudanças na formação profissional, na organização dos serviços e na cultura social sobre o envelhecimento. Investir em educação permanente, metodologias ativas, educação intergeracional, revisão de protocolos clínicos e fortalecimento da escuta qualificada emerge como caminho fundamental para a construção de práticas mais éticas, inclusivas e centradas na pessoa.

Por fim, reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos, de saberes e de decisões não constitui apenas um imperativo moral, mas uma condição indispensável para a efetivação do cuidado integral e humanizado. Superar o etarismo implica transformar o modo de cuidar, deslocando a velhice do lugar da invisibilidade e da perda para o reconhecimento de sua diversidade, potência e dignidade no campo da saúde.

O etarismo na atenção à saúde constitui um problema ético, clínico e político de grande magnitude, frequentemente invisibilizado sob a aparência de neutralidade técnica. Ao longo deste artigo, evidenciou-se que o preconceito etário compromete a qualidade do cuidado, aprofunda

desigualdades e viola direitos fundamentais da pessoa idosa. O enfrentamento do etarismo exige estratégias interdisciplinares que incluam educação transformadora, revisão curricular, fortalecimento das políticas públicas e mudança na cultura organizacional dos serviços de saúde. Promover o protagonismo da pessoa idosa e reconhecer o envelhecimento como etapa legítima da vida são condições essenciais para a construção de um sistema de saúde equitativo, humanizado e inclusivo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2021/03/9789240016866-eng.pdf>
2. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [recurso eletrônico]. São Paulo: IESS [org], 2013. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/ES03-ENVELHECIMENTO%20POPULACIONAL%20E%20OS%20DESAFIOS%20PARA%20O%20SISTEMA%20DE%20SA%20C%20ADE%20BRASILEIRO.pdf>
3. Oliveira NLN, Matos AHC. Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa de Literatura. Rev. Contemp. [Internet]. 30º de maio de 2023 [citado 2º de janeiro de 2026];3(5):4319-37. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/788>.
4. Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. Lancet. 2021;397(10282):1333-1334. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TG48zqQtmxPZ7N5hPxgfXNp/?format=pdf&lang=pt>
5. Braga, L. de S., Vaz, C. T., Silva, D. N. M., Machado, E. L., & Friche, A. A. de L.. (2023). Discriminação percebida por adultos mais velhos no uso de serviços de saúde: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 28(1), 155–169. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08662022>
6. Rocha RC, Aragão JA, Santos NM, Galvão APFC, Brandão LP, Aguiar JA, Lopes GJP, Pimentel CCS, Costa KCCO, Cunha RASC, Costa AS. A (des)informação da violência contra a pessoa idosa no Brasil: revisão integrativa da literatura. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 8):S5-S10. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2113>
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: DOU; 1988.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: MS; 2006.
9. Pereira LA, Nascimento JR. Velhice e invisibilidade: o etarismo na saúde pública brasileira. Interface. 2020;24(2):237-248.
10. Lopes RF. Evidências de etarismo no cuidado hospitalar: práticas clínicas e representações sociais. Rev Bioet. 2021;29(3):437-448.
11. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cien Saude Colet. 2022;27(3):723-732.
12. Silva TL, et al. Capacitação profissional em saúde e preconceito etário: reflexões e propostas. Saude Debate. 2022;46:987-999.
13. Veloso BA, et al. A participação social dos idosos nas políticas públicas de saúde. Saude Debate. 2018;42(117):1081-1091. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>
14. Cavalcante LTC, Oliveira AAS. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. Psicol Rev (Belo Horizonte). 2020;26(1):83-102. Disponível em: [doi:10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100](https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100).
15. IBGE. PNAD Contínua: características gerais dos moradores. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
16. Goldani AM. “Ageism” in Brazil: What is it? Who does it? What to do with it? Rev Bras Estud Popul. 2010;27(2):385–405. [doi:10.1590/S0102-30982010000200009](https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000200009)
17. Soares AR, Ferreira MF. O idoso em culturas africanas: sabedoria ancestral e papel comunitário. Rev Afro-Bras Cult. 2018;4(1):44-53.
18. Tardif M. Saberes docentes e formação profissional. Petrópolis: Vozes; 2014. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília: DOU; 2003.

19. Araújo PO, Soares IMSC, Vale PRLF, Sousa AR, Aparicio EC, Carvalho ESS. Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e4020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.402>
20. Grosse A, Kokorelias K. Exploring ageism in medical education: A scoping review of the educational factors affecting the attitudes of medical students and junior doctors towards older inpatients. *Australas J Ageing*. 2025;44(1):e70016. Disponível em: doi: 10.1111/ajag.70016
21. Purchase, M., Thériault, É. R., Collicutt, B. Ageism Healthcare: Implications for the Psychological Well-Being of Atlantic Canadian Healthcare Professionals. *Journal of Applied Gerontology* 2024; 43(9), 1355-1365. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/07334648241237099>
22. Fernández-Puerta L, Caballero-Bonafé A, de-Moya-Romero JR, Martínez-Sabater A, Valera-Lloris R. Ageism and Associated Factors in Healthcare Workers: A Systematic Review. *Nurs Rep*. 2024; 14(4):4039-4059. Disponível em: doi: 10.3390/nursrep14040295
23. Inglehart, R.; Haerpfer, C.; Moreno, A.; Welzel, C.; Kizilova, K.; Diez-Medrano, J.; Lagos, M.; Norris, P.; Ponarin, E.; Puranen, B.; et al. (Ed.) *World Values Survey: Round Six - Country-Pooled Datafile Version*: www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp ; JD Systems Institute: Madrid, Spain, 2022. Disponível em: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSEVStrend.jsp>
24. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, Peixeiro F, Martin, D. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(7), 2560. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
25. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):116-128. Disponível em: doi: 10.1093/ije/dyt215
26. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://social.desa.un.org/sdn/decade-of-healthy-ageing-2021-2030>
27. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-2154. Disponível em:doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).