

Artigo

O paternalismo na clínica geriátrica: um inimigo sutil

Roberth Steven Gutiérrez-Murillo

Jose Alessandro de Araujo Nascimento

Contextualização

Ao trabalharmos com pessoas idosas no ambulatório de geriatria, uma das questões mais comuns é pensar, aparentemente sem más intenções, que ao adotar um comportamento paternalista e um vocabulário “carinhoso” com esses pacientes, estamos, em teoria, oferecendo o melhor atendimento possível. Na prática, isso não acontece e podemos facilmente confundir um ato gentil com um comportamento prejudicial ao bem-estar desses pacientes.

O paternalismo clínico não é um conceito desconhecido (Cañete Villafranca; Guilhem; Brito-Pérez, 2013; Marques et al., 2021; von Stein Palmeira, 2024). Embora seja muito mais prevacente nas intervenções pediátricas (Silva, 2010), tem sido recentemente trazido à mesa de discussão entre os profissionais de geriatria e gerontologia, graças à mudança de paradigma assistencial que visa promover maior respeito e autonomia da pessoa idosa (Fleisje, 2023; Murillo, 2025).

Sucintamente, o paternalismo pode ser definido como a anulação das preferências de outra pessoa a fim de beneficiá-la ou protegê-la de danos aparentes. Em um contexto médico, o paternalismo clínico “tem sido tradicionalmente associado ao fato de os pacientes serem fisicamente contidos, receberem mentiras e não serem informados sobre sua condição ou procedimentos futuros” (Fleisje, 2024, p. 539).

Nesta breve comunicação, são destacados alguns pontos para identificação e promover o debate com colegas que atuam no campo clínico da geriatria e da gerontologia. Ironicamente, o contato clínico geriátrico, ou seja, qualquer interação entre a equipe de

saúde e o paciente e seus acompanhantes (familiares ou não), quiçá seja uma das tarefas mais exigentes da profissão geriátrica. A heterogeneidade e o perfil complexo dos pacientes podem tornar esse momento um desafio substancial para os serviços gerontológicos e geriátricos, especialmente em ambientes de institucionalização.

Isso se deve, por exemplo, aos declínios funcionais e cognitivos esperados do envelhecimento natural, que, juntamente com os efeitos do envelhecimento patológico, tornam o projeto terapêutico (no sentido de que se torna uma construção de metas a serem alcançadas tanto pelo paciente quanto pela equipe médica) mais desafiador (da Silva, 2025).

Entretanto, diante dos avanços científicos no campo biomédico e, principalmente, da construção da ética médica que estabelece uma relação mais humanizada entre essas partes, continuar adotando um comportamento paternalista é simplesmente o reflexo de uma ideologia de cuidado retrógrada com pouco ou nenhum potencial de resolução.

Muitas vezes, os comportamentos paternalistas com pessoas idosas podem resultar em uma má administração clínica da empatia, que deve ser vista como uma ferramenta relacional: a capacidade de compreender o sofrimento do outro, as circunstâncias que estão sendo enfrentadas e a magnitude do evento na vida biopsicossocial do paciente (Murillo et al., 2021).

Todavia, não é incomum encontrar na literatura estudos que mostram que, principalmente durante os primeiros anos de formação médica (Finkler; Caetano; Ramos, 2015; Howick et al., 2023), a simpatia assume o controle nessas situações e obstrui o potencial da empatia para lidar com situações difíceis com pacientes idosos, como o luto ou diagnósticos desfavoráveis que inevitavelmente levam a unidades de cuidados paliativos (Menezes; Guraya; Guraya, 2021; Dedivitis et al., 2024).

Implicações clínicas e estratégias para evitar o paternalismo na clínica geriátrica

O paternalismo no atendimento a pessoas idosas pode ter várias implicações clínicas negativas, pois essa atitude pressupõe que o profissional de saúde sabe melhor do que o paciente precisa, minimizando ou ignorando a autonomia e a participação no processo de tomada de decisões; isso pode dar origem aos seguintes resultados indesejados, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Implicações clínicas negativas da adoção de comportamentos paternalistas na prática geriátrica e gerontológica.

Resultado indesejado	Consequências	Impacto clínico
Autonomia reduzida do paciente	A capacidade do paciente de tomar decisões sobre sua própria saúde e bem-estar é desvalorizada, o que pode levá-lo a uma sensação de impotência, diminuição da autoestima e dependência desnecessária.	A percepção de falta de controle sobre o tratamento pode contribuir para uma adesão e um envolvimento menores.
Maior risco de depressão e ansiedade	As pessoas idosas que se sentem desamparadas em relação aos cuidados que recebem podem desenvolver distúrbios emocionais, como depressão ou ansiedade, pois percebem que não são ouvidas ou respeitadas.	Distúrbios podem agravar condições preexistentes e dificultar a recuperação ou o gerenciamento de doenças crônicas.
Desconexão na relação entre médico e paciente	Uma abordagem paternalista pode prejudicar a confiança e a comunicação entre o paciente e o profissional, fazendo com que o paciente se sinta negligenciado ou desvalorizado.	A falta de uma comunicação eficaz pode resultar em diagnósticos incorretos, gerenciamento inadequado dos sintomas e omissão de informações importantes.
Adesão reduzida ao tratamento	Os pacientes idosos que não são incluídos nas decisões podem resistir a seguir as orientações médicas, seja porque não as entendem completamente ou porque acham que elas não se alinham com seus valores e prioridades.	Complicações médicas, hospitalizações frequentes e a um aumento da carga sobre o sistema e serviços locais de saúde.
Ignorância das preferências dos pacientes	Uma abordagem paternalista pode ignorar as preferências individuais, como o desejo de evitar determinados procedimentos invasivos ou de priorizar a qualidade de vida em detrimento da longevidade.	Intervenções indesejadas, o que pode resultar em sofrimento desnecessário e em uma experiência negativa de atendimento.

Maior risco de irregularidades éticas	Ignorar a autonomia e os direitos do paciente pode violar princípios éticos fundamentais, como o respeito à dignidade, à beneficência e à justiça.	Conflitos familiares, reclamações legais ou perda de credibilidade do profissional ou da instituição.
Promoção da dependência evitável	Tratar os pacientes idosos como se eles fossem incapazes de tomar decisões pode incentivar uma dependência que não é inerente à sua condição.	Declínio funcional e psicológico, afetando a qualidade de vida e a capacidade de viver de forma independente.
Desigualdade no atendimento	O paternalismo pode levar a um tratamento desigual, presumindo que a idade implica incapacidade, o que pode obstruir as necessidades individuais e reforçar estereótipos.	Certas patologias podem não ser tratadas adequadamente, contribuindo para desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento.

Fonte: Os autores (2025).

Como se vê, o paternalismo clínico não apenas viola os princípios éticos da assistência à saúde, mas também tem um impacto negativo sobre a saúde física, mental e emocional dos pacientes idosos. Para reduzir o paternalismo no atendimento a pessoas idosas, é necessária uma abordagem que respeite sua autonomia, dignidade e capacidade de participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde.

Para Carmes et al., (2024, p. 2), isso se traduz na necessidade de “deslocar o holofote do médico e da doença para o usuário e sua relação com o profissional”. Os autores destacam cinco contribuições do pensamento de Paulo Freire para melhorar a relação clínica, sendo eles: o reforço ao desafio de desviar da objetificação do paciente, a concepção emancipadora, crítica e participativa da relação clínica, a importância do mundo e da vida do usuário, a centralidade de abrir mão e manter o diálogo e o cuidado no manejo das dinâmicas de poder (Carmes et al., 2024).

Na Tabela 2, apresentam-se algumas ações que as equipes de saúde podem adotar para evitar o paternalismo clínico.

Tabela 2. Estratégias para evitar o comportamento paternalista na clínica geriátrica

Objetivo	O que fazer?	Benefícios clínicos
Promover a tomada de decisões compartilhada	Apresentar todas as opções de tratamento de forma clara e compreensível; Incluir o paciente e os membros da família nas discussões sobre seus cuidados; Respeitar as preferências e os valores do paciente na escolha do tratamento.	Empodera o paciente ao envolvê-lo em seus próprios cuidados e evita a imposição de decisões unilaterais.
Adaptar a comunicação	Usar linguagem simples, evitando termos médicos complexos; Confirmar se o paciente entendeu as informações fornecidas; Ouvir ativamente, demonstrando empatia e paciência.	Reduz os mal-entendidos, aumenta a confiança e garante que o paciente idoso possa tomar decisões informadas.
Valorizar e respeitar a autonomia	Reconhecer a capacidade do paciente de tomar decisões, independentemente da idade; Evitar presumir que o envelhecimento implica incapacidade; Garantir que o consentimento informado seja obtido de fato.	Reforça o respeito pela dignidade do paciente e minimiza as atitudes paternalistas.
Implementar abordagens centradas na pessoa	Elaborar planos de cuidados que reflitam as necessidades, os desejos e as prioridades do paciente; Levar em conta os fatores sociais, culturais e emocionais que afetam a vida do paciente; Perguntar ativamente o que é mais importante para o paciente em seus cuidados.	Personaliza o atendimento e garante que as intervenções estejam alinhadas com as metas do paciente.

Qualificar a equipe médica	Realizar workshops e treinamentos sobre ética médica, comunicação eficaz e envelhecimento saudável; Sensibilizar a equipe sobre os riscos do paternalismo e os benefícios de uma abordagem participativa.	Aprimora as habilidades da equipe para trabalhar de forma colaborativa e respeitosa com as pessoas idosas.
Incentivar a expressão de preferências	Pergunte aos pacientes sobre suas metas e valores em relação aos seus cuidados; Facilitar a criação de documentos, como diretivas antecipadas; Oferecer espaço para que o paciente expresse dúvidas, preocupações e desejos.	Prioriza as preferências do paciente em vez de presumir o que é melhor para ele.
Envolver familiares e cuidadores	Trabalhar em conjunto com os familiares, mas sem substituir a voz da pessoa idosa; Educar a família sobre a importância de respeitar a autonomia do paciente.	Fornece suporte adequado ao paciente sem deslocar a função de tomada de decisão do paciente.
Avaliar a capacidade de decisão do paciente	Realize avaliações objetivas para determinar se o paciente tem a capacidade de tomar decisões (em casos de dúvida); Em caso de limitações cognitivas, buscar soluções colaborativas que incluam a perspectiva do paciente o máximo possível.	Garante que as decisões sejam tomadas de forma justa e evita a imposição desnecessária de medidas paternalistas.
Garantir um ambiente de cuidado respeitoso	Tratar o paciente como um adulto competente, sem infantilizá-lo; Evitar atitudes paternalistas ou discriminatórias com base na idade avançada.	Cria um ambiente em que a pessoa idosa se sente valorizada e respeitada.
Conduzir auditorias e reflexões internas	Avaliar regularmente as práticas da equipe para identificar e reduzir atitudes paternalistas; Incentivar o aprendizado contínuo dos casos em que a autonomia do paciente idoso não foi respeitada.	Gera a melhoria constante da qualidade do atendimento.

Fonte: Os autores (2025).

Em geral, e a partir de uma posição de boa fé profissional, os geriatras e demais profissionais de saúde não são intrinsecamente paternalistas. Em outras palavras, o paternalismo não costuma ser uma qualidade pessoal profundamente arraigada ou uma ideologia que governa sistematicamente sua prática clínica. Em vez disso, os comportamentos paternalistas costumam ser manifestações circunstanciais desencadeadas por situações clínicas específicas que ativam emoções intensas e afetam o julgamento profissional.

Na literatura, por exemplo, essas influências incluem fatores como simpatia excessiva (Jeffrey, 2016; Sinclair et al., 2017), sobrecarga emocional (Kobayasi et al., 2019; Santos; Begnini; Prigol, 2023; Recalde Mosquera, 2024) e a presença da chamada “síndrome do impostor” (Campos et al., 2022; Vilchez-Cornejo et al., 2023).

No caso do excesso de simpatia, o desenvolvimento de um vínculo emocional profundo com o paciente pode levar os geriatras a adotar decisões paternalistas com a intenção de “proteger” o paciente de cenários complexos, incertezas ou sofrimento adicional. Entretanto, essa inclinação, por mais bem-intencionada que possa ser, como já discutimos, tendem a limitar a autonomia do paciente ao restringir sua participação ativa na tomada de decisões.

Por outro lado, o ambiente clínico é caracterizado pela pressão constante, na qual os profissionais enfrentam o sofrimento humano, tomam decisões de alto impacto e, às vezes, enfrentam resultados adversos. Essa carga emocional pode levar a respostas intuitivas ou automáticas que, sem querer, manifestam comportamentos paternalistas. Quando o paciente idoso é contemplado com informações objetivas, claras e transmitidas com transparência, favorece-se uma compreensão mais aprofundada sobre sua condição de saúde, as possibilidades terapêuticas disponíveis e, sobretudo, sobre sua autonomia na tomada de decisões relacionadas às intervenções clínicas propostas. É justamente na confluência entre o saber técnico-científico do profissional e a experiência subjetiva e biográfica do paciente que se delineia a prática da clínica geriátrica humanizada.

Referente à síndrome do impostor, ela afeta significativamente os profissionais de saúde. Nesse contexto, alguns geriatras podem adotar posturas mais diretivas como estratégia para reforçar a confiança na sua capacidade de tomar decisões, especialmente em situações clínicas complexas ou incertas. Nesse contexto, impõe-se um duplo desafio: por um lado, reafirmar a legitimidade e a autoridade técnica do saber médico; por outro, evitar a reprodução de posturas autoritárias que possam comprometer a qualidade da relação terapêutica e, conseqüentemente, a integralidade do cuidado prestado.

Os três exemplos práticos anteriormente apresentados ilustram algumas das múltiplas circunstâncias em que o paternalismo clínico pode manifestar-se nos contextos geriátrico e gerontológico. Considerando que se trata de interações entre sujeitos humanos, é natural que haja certo grau de subjetividade no encontro clínico. No entanto, justamente por essa característica, torna-se ainda mais relevante a realização de um exercício

reflexivo e autocrítico, capaz de identificar atitudes e posturas que, mesmo de forma sutil, possam reiterar práticas de cunho paternalista.

À guisa de conclusão

Destaca-se a importância de compreender o paternalismo na prática médica como um fenômeno dinâmico, mais relacionado a circunstâncias emocionais e contextuais do que a uma postura intencional ou ideológica. Reconhecer a influência desses fatores é essencial para estabelecer uma relação médico-paciente mais equilibrada, baseada no respeito à autonomia do paciente, mesmo em contextos clínicos complexos. Isso ressalta a necessidade de abordar as emoções e as vulnerabilidades enfrentadas por geriatras e gerontólogos em sua prática diária, promovendo estratégias de reflexão para manter uma abordagem ética e humanizada da assistência à saúde da pessoa idosa.

Convida-se, assim, a um diálogo crítico sobre a forma como as condições emocionais e psicológicas da Geriatria e da Gerontologia podem influenciar a qualidade e a imparcialidade do relacionamento terapêutico, particularmente ao destacar a importância dos suportes estruturais para os profissionais de saúde na sua prática clínica.

Referências

- Campos, I. F. D. S., Camara, G. F., Carneiro, A. G., Kubrusly, M., Peixoto, R. A. C., & Peixoto Junior, A. A. (2022). Síndrome do impostor e sua associação com depressão e burnout entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46, e068.
- Cañete Villafranca, R., Guilhem, D., & Brito Pérez, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152.
- Carmes, B. A., Tesser, C. D., & Cutolo, L. R. A. (2024). Contribuições de Paulo Freire para a melhoria da relação médico-paciente. *Saúde em Debate*, 48(142), e8790.
- da Silva, M. S. (2025). Cuidados paliativos e declínio cognitivo em pessoas idosas: uma revisão integrativa. *Revista Longeviver*, (25), 22-30.
- Dedivitis, R. A., Matos, L. L. D., Castro, M. A. F. D., Castro, A. A. F. D., Giaxa, R. R., & Tempiski, P. Z. (2024). Empatia e espiritualidade em estudantes e residentes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 48(4), e104.
- Finkler, M., Caetano, J. C., & Ramos, F. R. S. (2015). Formación ética profesional: el paternalismo del vínculo profesor-alumno en la relación clínica. *EIDON Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, (44), 43-55.

Fleisje, A. (2023). Paternalistic persuasion: are doctors paternalistic when persuading patients, and how does persuasion differ from convincing and recommending?. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(2), 257-269.

Fleisje, A. (2024). Four shades of paternalism in doctor–patient communication and their ethical implications. *Bioethics*, (38), 539-548.

Howick, J., Dudko, M., Feng, S. N., Ahmed, A. A., Alluri, N., Nockels, K., ... & Holland, R. (2023). Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Medical Education*, 23(1), 270.

Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446-452.

Kobayasi, D. Y., Partezani Rodrigues, R. A., Silva Fhon, J. R., Silva, L. M., Souza, A. C. D., & Campos Chayamiti, E. M. P. (2019). Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances en Enfermería*, 37(2), 140-148.

Marques, R. G., Simões, P. A., Santa Rosa, B., & Silvestre, M. (2021). Idosos autônomos: uma reflexão ética. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(5), 482-488.

Menezes, P., Guraya, S. Y., & Guraya, S. S. (2021). A systematic review of educational interventions and their impact on empathy and compassion of undergraduate medical students. *Frontiers in Medicine*, 8, 758377.

Murillo, R. S. G. (2025). Más Allá del Paternalismo Clínico: Cinco Pasos para un Enfoque Centrado en la Persona Adulta Mayor. *Revista Española de Educación Médica*, 6(1), 1-4.

Murillo, Roberth Steven Gutiérrez et al (2021). Entre lo que se dice y lo que se calla: visitando el concepto de empatía en la atención integral a la salud del adulto mayor. *Revista Española de Educación Médica*, 2(1), 74-91.

Recalde Mosquera, B. Y. A. (2024). Estudio de caso: Impacto del estrés académico de los estudiantes de enfermería en su desempeño académico durante las prácticas de geriatría en el Hogar San José Guayaquil, Ecuador, 2023. Maestría en Educación con Mención en Competencias Digitales.

Santos, E. L. D., Begnini, M., & Prigol, A. C. (2023). Implicações da síndrome de burnout na saúde mental dos enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (30), 66-82.

SILVA, Henrique Batista. Beneficência e paternalismo médico (2010). Revista brasileira

de saúde materno infantil, 2010, vol. 10, p. s419-s425. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FPSjgw7STz35dnyhgYRpRcH/?format=pdf&lang=pt>

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447.

Vilchez-Cornejo, J., Romani, L., Chávez-Bustamante, S. G., Copaja-Corzo, C., Sánchez-Vicente, J. C., Viera-Morón, R. D., & Ocampo-Portocarrero, B. (2023). Síndrome del impostor y sus factores asociados en estudiantes de Medicina de seis facultades peruanas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(2), 113-120.

von Stein Palmeira, T. M. (2024). *Da Comunicação Verbal em Saúde às Linguagens do Corpo: A Interação dos Idosos Com os Profissionais de Saúde e Funcionários do Apoio Domiciliário* (Doctoral dissertation, Universidade do Minho).

Data de recebimento em 16/04/2025; Data de aceite: 30/06/2025

Roberth Steven Gutiérrez Murillo - Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Mestre em Gerontologia pela Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO), Santander, Espanha. Graduado em Saúde Coletiva e especialista em Saúde da Família modalidade Residência Multiprofissional pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Atualmente cursando Medicina na UNILA. E-mail: roberth.murillo@edu.pucrs.br

Jose Alexsandro de Araujo Nascimento - Possui graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (2021), graduação em Fisioterapia pelo Instituto de Ensino Superior de Alagoas (2011), graduação em Medicina pela Universidad Politécnica y Artística del Paraguay (2018), especialização em Saúde Pública com Ênfase em PSF pelo Centro de Ensino Superior Arcanjo Mikael de Arapiraca (2012), especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (2020) e mestrado em Gerontologia pela Universidad Internacional Iberoamericana, México (2022). E-mail: alex_sandroal@hotmail.com