

Pecados de la atención pediátrica: maltrato y malas conductas médicas

Mário Roberto Hirschheimer¹, Clovis Francisco Constantino²

1. Centro Médico Santa Catarina Paulista, da Associação filantrópica Rede Santa Catarina, São Paulo/SP, Brasil. 2. Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Este artículo analiza el maltrato institucional en el ámbito de la pediatría, con énfasis en prácticas inapropiadas como la hipermedicación, la solicitud excesiva de pruebas y la desvalorización de la escucha activa, conductas que constituyen formas de violencia en el entorno sanitario. Se subraya la importancia de la escucha cualificada y del respeto a la autonomía de niños, niñas y adolescentes, en consonancia con los principios bioéticos y la normativa legal vigente. Se abordan los llamados “pecados de la medicina”, como las malas prácticas profesionales, así como la necesidad de una comunicación efectiva y de la alfabetización en salud para prevenir conductas perjudiciales. Asimismo, se enfatiza la urgencia de identificar y combatir la privación intencional de atención médica adecuada para este grupo etario, considerada una forma persistente de violencia por negligencia. La sobrevaloración de la productividad, propia de los modelos modernos de gestión, genera tensiones que comprometen la calidad de la atención. En consecuencia, resulta fundamental revisar las rutinas institucionales y fortalecer la formación profesional, con el fin de garantizar una atención pediátrica ética y humanizada.

Palabras clave: Bioética. Comunicación. Eficiencia organizacional. Humanización. Maltrato. Pediatría.

Resumo

Pecados do atendimento pediátrico: maus-tratos e vícios médicos

Este artigo analisa os maus-tratos institucionais no contexto da pediatria, com ênfase em práticas inadequadas como hipermedicação, solicitação excessiva de exames e desvalorização da escuta ativa – condutas que configuram formas de violência no ambiente de saúde. Ressalta-se a relevância da escuta qualificada e do respeito à autonomia de crianças e adolescentes, em conformidade com os princípios bioéticos e as normativas legais vigentes. São discutidos os chamados “pecados da medicina”, incluindo vícios profissionais e a necessidade de comunicação eficaz e de letramento em saúde para prevenir condutas prejudiciais. Assinala-se, ainda, a urgência de identificar e combater a privação intencional de cuidados de saúde adequados a crianças e adolescentes, uma forma persistente de violência por negligência. Aponta-se que a supervalorização da produtividade, característica de modelos gerenciais modernos, gera tensões que comprometem a qualidade do atendimento. Conclui-se que é essencial revisar rotinas institucionais e fortalecer a capacitação profissional, a fim de promover um atendimento pediátrico ético e humanizado.

Palavras-chave: Bioética. Comunicação. Eficiência organizacional. Humanização. Maus-tratos. Pediatría.

Abstract

Sins of pediatric care: mistreatment and medical malpractice

This article examines institutional mistreatment in pediatric care, with a focus on inappropriate practices such as overmedication, excessive diagnostic testing, and the undervaluing of active listening — behaviors that constitute forms of violence within healthcare settings. It underscores the importance of qualified listening and respect for the autonomy of children and adolescents, in line with bioethical principles and current legal frameworks. The discussion addresses the so-called “sins of medicine,” including professional misconduct and the need for effective communication and health literacy to prevent harmful practices. It also highlights the urgency of identifying and combating the intentional deprivation of adequate healthcare for children and adolescents, a persistent form of violence rooted in negligence. The overemphasis on productivity in modern management models is identified as a factor that creates tensions and undermines the quality of care. In conclusion, reviewing institutional routines and strengthening professional training are essential steps toward building ethical, patient-centered, and humanized pediatric care.

Keywords: Bioethics. Communication. Organizational efficiency. Humanization. Mistreatment. Pediatrics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La atención pediátrica requiere rigor ético y técnico para asegurar el desarrollo saludable de niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, las prácticas institucionales inadecuadas en los servicios de salud pueden constituir maltrato, comprometiendo la asistencia y vulnerando los derechos de la población infantil y juvenil. A diferencia de la violencia familiar explícita, el maltrato institucional se produce en el propio entorno de salud e incluye sobremedicación, solicitud de exámenes innecesarios, negligencia diagnóstica, exposición evitable al dolor, falta de respeto a la escucha del niño y violencia verbal por parte de los profesionales de la salud^{1,2}. Tales conductas, motivadas por presiones de productividad o inseguridad clínica, afectan la salud física y emocional del niño.

La medicina, pese a sus avances, históricamente ha presentado malas prácticas que comprometen la calidad del cuidado. Richard Asher describió los siete “pecados de la medicina” como prácticas perjudiciales que a menudo ocurren sin que los profesionales de la salud sean plenamente conscientes del daño que causan a los pacientes³. Aunque formulados en términos generales, estos “pecados” también se aplican a la pediatría. Posteriormente, André Islabão añadió tres aspectos relevantes de la práctica médica contemporánea —la prisa, la neomanía y la certeza—, ampliando la lista de Asher a diez “pecados”⁴. Es fundamental que los profesionales reconozcan estas conductas como formas de violencia institucional y adopten prácticas humanizadas, basadas en la escucha calificada, en el vínculo terapéutico y en el cuidado integral.

Descripción detallada de los “pecados de la medicina” y sus implicaciones en la pediatría

Los “pecados de la medicina” de Asher³ e Islabão⁴, aunque son conceptos generales, se manifiestan de forma particular y perjudicial en la pediatría:

- La oscuridad en la comunicación médica aleja a los pacientes (y a sus padres/tutores) del conocimiento sobre la salud de su hijo.
- La crueldad, ya sea verbal o física, intensifica el sufrimiento infantil, ya sea mediante palabras duras o procedimientos dolorosos sin preparación.
- Los malos modales (falta de cortesía) perjudican la relación médico-paciente y la relación

entre profesionales, esencial a un entorno de cuidado.

- La sobreespecialización, aunque técnicamente necesaria, fragmenta el cuidado y dificulta un abordaje holístico del niño, que requiere una visión integrada de su desarrollo.
- La espanofilia (amor a lo raro) conduce a la negligencia de diagnósticos comunes y afecta negativamente la eficacia de la medicina, retrasando tratamientos para enfermedades prevalentes.
- La insensatez (falta de sentido común) puede dar lugar a consejos médicos desconectados de la realidad socioeconómica de las familias, haciendo que el cuidado sea impracticable.
- La pereza, tanto física como mental, compromete el análisis clínico y la interpretación crítica de la información médica, conduciendo a diagnósticos inexactos o incompletos.
- La prisa que impone el mundo moderno distorsiona los tiempos naturales de curación e interfiere en la experiencia de la consulta médica, impidiendo una escucha atenta.
- La neomanía, o apego exagerado a las cosas nuevas, conduce a menudo al uso apresurado de tecnologías y medicamentos que aún no han sido completamente probados en niños, exponiéndolos a riesgos.
- La certeza, quizás el pecado más peligroso, aleja a los médicos de la humildad científica y de la prudencia clínica, esenciales para una atención segura y responsable en un campo tan dinámico como la pediatría.

Podemos añadir la arrogancia como un pecado capital de la medicina en todas las épocas y que puede ser mitigado por el reconocimiento de los errores, por la búsqueda sincera de su minimización y por la mejora continua de la práctica pediátrica basada en las mejores evidencias disponibles.

Prácticas inadecuadas en la atención pediátrica y sus impactos

La atención pediátrica está permeada de prácticas inadecuadas que pueden comprometer severamente la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes, lo que hace que la sobremedicación y la medicalización de la infancia sean preocupaciones crecientes. La prescripción excesiva e inapropiada de medicamentos —como antibióticos para infecciones virales y psicofármacos sin evidencias

sólidas para afecciones como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la depresión— constituye una realidad alarmante⁵. Estos estándares suelen estar influidos por presiones familiares, modelos biomédicos reduccionistas y por la propia medicalización del sufrimiento infantil. Los riesgos incluyen reacciones adversas, dependencia a medicamentos, alteraciones neuroconductuales, resistencia a los antimicrobianos y debilitamiento de la confianza en la relación médico-paciente. El uso racional de medicamentos requiere una evaluación cuidadosa de la necesidad farmacológica, considerando la etapa de desarrollo del niño y el contexto biopsicosocial de la afección⁶.

La solicitud excesiva de pruebas invasivas e innecesarias es otra práctica común. Radiografías, tomografías, pruebas de laboratorio y resonancias, a menudo solicitadas sin criterios clínicos bien definidos, exponen a los niños a riesgos físicos, como la radiación ionizante, y a un sufrimiento emocional evitable⁷. La negligencia en el manejo del dolor durante procedimientos como extracciones de sangre y punciones también constituye una forma de violencia. Estos procedimientos deben ser precedidos de explicaciones claras y éticamente obligatorias, una preparación emocional adecuada y, cuando sea necesario, el uso de anestesia o sedación⁸.

Además, la negligencia diagnóstica y la violencia simbólica constituyen formas sutiles pero impactantes de maltrato. La negligencia diagnóstica se produce cuando los síntomas se minimizan, se ignoran o se etiquetan como “psicológicos” sin una investigación adecuada. Los niños con enfermedades autoinmunes, trastornos neurológicos o síndromes raros son particularmente vulnerables a esta minimización, lo que puede retrasar los diagnósticos y empeorar las condiciones clínicas⁹. La violencia simbólica —entendida como la imposición de significados y valores que refuerzan desigualdades sociales y someten a grupos a relaciones de dominación— se manifiesta por medio de reprimendas, juicios morales, tono irónico o desprecio por la autonomía del paciente, lo que afecta la autoestima del niño y compromete la formación de vínculos sólidos^{10,11}.

Escucha del niño y del adolescente en la atención sanitaria

Los niños, niñas y adolescentes muchas veces no son escuchados durante la atención médica,

lo que desestima su protagonismo, aunque el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)¹² asegure su participación activa en las decisiones sobre su salud. El artículo 11 del ECA asegura el acceso universal a acciones y servicios de salud, con atención a las necesidades específicas de este público, animando su participación activa y respetando su nivel de comprensión y desarrollo.

Este principio es reforzado por los Consejos de Medicina y por políticas del Ministerio de Salud, que orientan a los profesionales a buscar el consentimiento del adolescente siempre que sea posible. El Consejo Federal de Medicina (CFM), en el Dictamen R 25/2013¹³, reconoce que los adolescentes con capacidad de discernimiento pueden ser atendidos en contextos de riesgo incluso sin la supervisión de los tutores, siempre que el profesional evalúe su madurez y comprensión de la conducta que adoptar (art. 74 del Código de Ética Médica)¹⁴. El Dictamen 55/2015¹⁵ reitera que, si bien debe obtenerse el consentimiento de los tutores, es imperativo el asentimiento del adolescente, basado en principios bioéticos como la autonomía, la beneficencia y el respeto a la dignidad. Dictámenes regionales, como el del Consejo Médico Regional del Estado del Amazonas¹⁶, argumentan que solicitar el consentimiento informado del adolescente es una conducta ética que fortalece el vínculo terapéutico y promueve una mayor corresponsabilidad en el cuidado.

Estas directrices reflejan un cambio de paradigma en la atención sanitaria, en el que los adolescentes asumen un papel protagonista en las decisiones clínicas, especialmente en ámbitos como la salud sexual, la salud mental y procedimientos invasivos, que implican aspectos éticos y legales sensibles¹⁷.

Negligencia médica como forma de violencia contra niños, niñas y adolescentes

Según la Clasificación Internacional de la Violencia contra los Niños, publicada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en el 2023, la negligencia médica constituye una forma de violencia continua perpetrada contra niños, niñas y adolescentes¹⁸. Esta conducta se caracteriza por la privación deliberada de atención médica adecuada, incluso cuando los responsables

tienen los recursos financieros, el conocimiento y el acceso a los servicios de salud necesarios para prestarla. Los ejemplos incluyen la omisión persistente de proporcionar o autorizar el tratamiento esencial —según lo recomendado por un profesional de salud calificado— para lesiones físicas, enfermedades, afecciones médicas o discapacidades de naturaleza física o psicológica. Además, la falta reiterada de búsqueda de asistencia médica oportuna y apropiada para problemas de salud graves también se encuadra en esta definición.

La negligencia médica representa no solo un fallo técnico, sino también una violación ética en la relación médico-paciente, con profundos impactos tanto en el sufrimiento moral de los profesionales de la salud como en las consecuencias para los pacientes^{19,20}.

Buscar atención médica en los servicios de urgencia y emergencia, incluso para problemas considerados comunes, se ha convertido en una práctica habitual entre muchas familias. Factores como la dificultad para programar citas en las unidades de atención primaria, la falta de conexión con el profesional de referencia o la mera conveniencia llevan a utilizar el servicio de urgencias como puerta de entrada preferente para la atención de niños y adolescentes²¹. Esta práctica contribuye a sobrecargar estos servicios, desviándolos de su función principal: atender situaciones realmente urgentes.

Entre los responsables persiste el mito de la resolución inmediata atribuida a la atención de urgencias, un modelo en el que, sin cita previa, el médico solicita exámenes, establece el diagnóstico y propone el tratamiento definitivo. Sin embargo, esta concepción es errónea y compromete la calidad del cuidado. Desde hace algún tiempo, las urgencias pediátricas han ido perdiendo su papel de asistencia en emergencias reales, asumiendo el papel de servicios de conveniencia. Esta distorsión en el flujo de atención expone a los niños a riesgos, especialmente a aquellos en fase de desarrollo o con enfermedades crónicas²¹.

Es fundamental que el pediatra que brinda atención de urgencia asesore a la familia sobre las limitaciones de este cuidado, resaltando su carácter inicial y episódico. Al dar de alta al paciente, se debe hacer énfasis en la importancia de la continuidad asistencial en el ámbito ambulatorio, ya sea en una unidad básica de salud o con el pediatra de referencia. El incumplimiento de esta recomendación suele dar lugar a múltiples reingresos en el

servicio de urgencias, con empeoramiento del cuadro clínico y aumento de los riesgos²¹.

En el seguimiento ambulatorio, el niño y su familia reciben no solo orientación sobre el mantenimiento terapéutico, sino también un abordaje integral centrado en la promoción de la salud y en la prevención de afecciones. Es en este espacio donde se consolida el seguimiento longitudinal y la vigilancia del crecimiento y del desarrollo neuropsicomotor. Por lo tanto, el ausentismo a las citas programadas debe ser investigado rigurosamente y, en caso de detectarse indicios de negligencia, se recomienda considerar notificar al Consejo de Protección de la Infancia y Adolescencia, luego de la debida evaluación clínica y social²¹.

La negligencia en el cuidado de la salud se vuelve aún más preocupante en los casos de enfermedades crónicas, debido a la mayor morbilidad asociada a la falta de adhesión terapéutica. La introducción de tratamientos pediátricos más complejos y los efectos secundarios de diversos fármacos aumentan la vulnerabilidad de estos pacientes. Los estudios muestran que los niños desatendidos en este contexto presentan un riesgo aumentado de desenlaces desfavorables y de reingresos debido a complicaciones prevenibles²².

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) define criterios fundamentales para que los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en la línea de frente de la asistencia pediátrica, puedan identificar este tipo específico de negligencia. Estos criterios cubren aspectos éticos, clínicos y sociales que implica la toma de decisiones y sirven como guía para reconocer la negligencia relacionada con cuidados médicos²³:

- riesgo o daño real a la salud del niño como consecuencia directa de la omisión de cuidados médicos esenciales;
- existencia de beneficio clínico comprobado asociado al tratamiento recomendado, con respaldo científico y consenso profesional;
- superioridad de los beneficios sobre los riesgos o la morbilidad del tratamiento, de modo que la elección terapéutica sea considerada razonable por padres sensatos e informados;
- prueba de accesibilidad al tratamiento, demostrando que existen medios viables para su implementación, pero que, aun así, no ha sido adoptado por los tutores;

- claridad en la comunicación médica, demostrando que los padres han sido informados adecuadamente sobre el diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas, y comprenden las consecuencias de la no adhesión.

Estos parámetros constituyen una herramienta esencial para el juicio clínico en situaciones complejas, permitiendo al profesional evaluar el grado de responsabilidad de los cuidadores y, cuando sea necesario, adoptar medidas legales para proteger al niño o adolescente.

Impactos de los excesos en las prácticas de gestión en la atención pediátrica

En los últimos años, el sector de la salud ha incorporado cada vez más modelos de gestión orientados al rendimiento, la productividad y la eficiencia. Si bien estos principios pueden traer avances organizacionales, su aplicación irrestricta en la pediatría ha generado tensiones entre los objetivos institucionales y las necesidades reales de los pacientes. Por lo tanto, es imperativo reflexionar sobre los efectos adversos de la sobrevaloración de la productividad como indicador de calidad en la atención pediátrica y discutir sus implicaciones clínicas, éticas y sistémicas.

Gestión por rendimiento y el niño como paciente

La productividad como referente de calidad provoca una serie de distorsiones en la práctica pediátrica:

- Reducción del tiempo de consulta: la imposición de metas hace que el profesional dedique menos tiempo a la escucha y a la observación atenta²⁴.
- Vínculo debilitado: centrarse en los números debilita la construcción de una relación terapéutica con el niño y la familia²⁵.
- Descuido de la complejidad: el énfasis en la cantidad no tiene en cuenta los matices psicosociales y las diferentes demandas clínicas que presentan los niños.

Entre las consecuencias clínicas y humanas, figuran:

- Medicalización excesiva: la búsqueda de respuestas rápidas favorece la prescripción de medicamentos en detrimento de enfoques integrados²⁶.
- Diagnósticos inexactos: la atención apresurada puede ocultar síntomas sutiles, lo que compromete la eficacia del cuidado²⁷.

- Desvalorización de la dimensión educativa: se compromete el tiempo para orientar a los familiares y promover hábitos saludables²⁸.

Presión sobre los profesionales sanitarios

La cultura del rendimiento afecta directamente a los profesionales pediátricos:

- Agotamiento y *burnout*: la constante presión por productividad está asociada al agotamiento físico y emocional²⁹.
- Conflicto ético-moral: el profesional se encuentra dividido entre sus convicciones éticas y las exigencias institucionales³⁰.
- Deshumanización del cuidado: el pediatra se convierte en un ejecutor de metas, en lugar de un cuidador de la infancia.

Convertir la atención pediátrica en una práctica mercantilizada

Convertir la atención pediátrica en una práctica mercantilizada diluye el valor social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en una transacción comercial, además de invisibilizar el sufrimiento al priorizar las estadísticas financieras sobre el bienestar del niño, niña o adolescente. Este enfoque reduce la clínica a una operación burocrática y técnica, y compromete la integralidad de la atención a la vez que aleja la práctica médica de su esencia humanística.

Es imperativo repensar los modelos de gestión aplicados a la pediatría. La calidad del cuidado infantil va mucho más allá de los indicadores numéricos. Se trata de una especialidad singular, centrada en el cuidado integral del niño, niña y adolescente en desarrollo. El pediatra actúa no solo como clínico, sino también como educador familiar, ejerciendo una influencia directa en la formación de adultos saludables. Para desempeñar este papel es imprescindible alta cualificación, disponibilidad, ética y tiempo.

Su trabajo abarca todos los niveles de atención a la salud —promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento— con un enfoque en múltiples parámetros del desarrollo, como la nutrición, el crecimiento, la inmunización, el rendimiento escolar y la salud emocional. La relación médico-paciente en pediatría requiere un vínculo afectivo y empatía, elementos esenciales para un cuidado eficaz.

En situaciones de urgencia y emergencia, el pediatra debe tener dominio interdisciplinario, capacidad de realizar una evaluación cuidadosa y sensibilidad para comprender que muchas demandas están motivadas por la ansiedad familiar. Su papel requiere equilibrio emocional y preparación técnica.

Pese a su impacto positivo en la racionalización de recursos y en la mejora de la calidad de vida de la población, el trabajo de los pediatras aún no recibe el reconocimiento que merece. La sociedad descuida el reconocimiento profesional y la compensación económica justa y proporcional al esfuerzo requerido.

Prevención de prácticas abusivas en la atención pediátrica

Prevenir prácticas abusivas en la atención pediátrica es esencial y depende de una comunicación efectiva. Comunicar significa compartir información, comprensión y sentimientos entre interlocutores. En el contexto de la salud, la claridad y la accesibilidad son elementos cruciales, que influyen directamente en la comprensión y en la respuesta del paciente y su familia³¹.

La alfabetización funcional en salud se refiere a la capacidad cognitiva para obtener, interpretar y aplicar información de salud, ya sea mediante comunicación escrita u oral. Esta competencia fortalece la interacción bidireccional al permitir que los individuos expresen sus ideas con claridad y comprendan plenamente los mensajes recibidos^{20,21}. En la práctica clínica, los pacientes con alfabetización satisfactoria demuestran una mayor capacidad para comprender las orientaciones médicas y seguir las prescripciones, mientras que aquellos con alfabetización limitada enfrentan dificultades tanto para expresarse como para asimilar la información³¹.

La alfabetización de los profesionales sanitarios es igualmente relevante. El uso de vocabulario accesible y de técnicas de comunicación adecuadas es esencial para mitigar los impactos negativos que factores como la enfermedad, el miedo, el estrés o el malestar pueden tener en las interacciones entre profesionales y pacientes.

La prevención de prácticas abusivas en la atención pediátrica, como las ejemplificadas en los "pecados de la medicina", requiere, ante todo, respeto a la dignidad y empatía en la relación con el paciente y su familia, para asegurar un ambiente acogedor y humanizado.

Directrices para un cuidado humanizado

La ética del cuidado pediátrico trasciende la competencia técnica, exige escucha activa, empatía, respeto a la autonomía progresiva del niño y compromiso con la protección integral. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³³ y la Política Nacional de Humanización del SUS³⁴ orientan prácticas que promuevan la acogida, el vínculo y la reducción de intervenciones innecesarias.

Además, es fundamental que los currículos de los estudios de grado y residencia en salud incluyan contenidos sobre violencia institucional, bioética y abordaje humanizado, preparando a los profesionales para reconocer y evitar conductas que puedan constituir maltrato.

Consideraciones finales

La pediatría contemporánea enfrenta tensiones entre las demandas institucionales y las necesidades reales de la infancia y la adolescencia. El maltrato institucional, aunque sea sutil, perpetúa modelos asistenciales que descuidan el vínculo, la escucha y el cuidado humanizado. Superar este panorama requiere reconocer la singularidad del niño en desarrollo, fortalecer la formación ética de los profesionales y reposicionar al pediatra como protagonista de la atención integral a la salud de niños y adolescentes.

Más que técnica, la práctica pediátrica requiere afecto, empatía, discernimiento y tiempo. Valorar este trabajo es fundamental para promover no solo mejores indicadores de salud, sino también una sociedad más justa y sensible a las necesidades de la infancia y la adolescencia.

Es evidente que la comprensión, por parte de los gestores públicos y privados, así como la atención al mejoramiento de las directrices curriculares de los cursos de grado en profesiones de la salud, es esencial para asegurar una adecuada atención a la salud de los niños y adolescentes.

Finalmente, cabe resaltar que la preparación cuidadosa e integral de la historia clínica del paciente representa una documentación responsable de todas las acciones aquí discutidas y, por medio de registros fieles y juiciosos, reafirma el compromiso con el respeto a la dignidad del ser humano.

El autor Clóvis Francisco Constantino se desempeñó como editor general de la Revista Bioética. El presente artículo es parte del homenaje de la revista al 80 aniversario del Consejo Federal de Medicina.

Referencias

1. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 21 maio 2025];22(9):3013-22. DOI: 10.1590/1413-812320172229.13712017
2. Zoboli ELCP. Tomada de decisão em bioética clínica. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, organizadores. *Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética*. Brasília: CFM; 2016. p. 149-74.
3. Asher R. The seven sins of medicine. *Lancet* [Internet]. 1949 [acesso 8 ago 2025];2(6574):358-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(49)90090-2
4. Islabão A. Os pecados da medicina. *Medicina e Saúde* [Internet]. 2023 mar 12 [acesso 2 jul 2025]. Disponível em: <https://tinyurl.com/z4uyuzp9>
5. Azevedo LJC. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. *Psicol USP* [Internet]. 2018 [acesso 21 maio 2025];29(3):451-8. DOI: 10.1590/0103-656420180107
6. Murray JS, Amin PM. Overprescribing antibiotics in children: an enduring public health concern [Internet]. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2014 [acesso 31 jul 2025];19(3):266-9. DOI: 10.1111/jspn.12079
7. World Health Organization. Web Annex B. Model list of essential medicines for children – 9th list, 2023. In: *The selection and use of essential medicines 2023: executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24–28 April 2023* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso 21 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/3a97526s>
8. Thomas KE, Parnell-Parmley JE, Haidar S, Moineddin R, Charkot E, BenDavid G *et al.* Assessment of radiation dose awareness among pediatricians. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2006 [acesso 21 maio 2025];36(8):823-32. DOI: 10.1007/s00247-006-0170-x
9. Santos RP, Garros D, Carnevale F. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2018 [acesso 21 maio 2025];30(2):226-32. DOI: 10.5935/0103-507X.20180039
10. Silva AMR, Reis AOA. Saúde e adolescentes: possibilidades de violência simbólica. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [Internet]. 2009 [acesso 21 maio 2025];19(3):376-85. DOI: 10.7322/jhgd.19933
11. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 13563, 16 jul 1990 [acesso 17 jul 2024]. Disponível: <https://tinyurl.com/48ncs239>
13. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 25/2013. Atendimento a paciente menor de idade desacompanhado dos pais [Internet]. Brasília: CFM; 2013 [acesso em 2 jul 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/2t5mpvkw>
14. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 10 jul 2024]. Disponível: <https://tinyurl.com/4estbcrv>
15. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 55/2015. Informações médicas em sistemas [Internet]. Brasília: CFM; 2015 [acesso 2 jul 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/2h3apzms>
16. Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas. Parecer CREMAM nº 04/2018. Solicitação de assentimento a adolescente menor de idade em atendimento pericial [Internet]. Manaus: Cremam; 2018 [acesso 2 jul 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/mrypr6us>
17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Anticoncepção na adolescência [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2018 [acesso 2 jul 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/2makhne6>

18. United Nations Children's Fund. International Classification of Violence against Children (ICVAC) [Internet]. 15 jan 2025 [acceso 19 jul 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/2vdjnn3t>
19. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, organizadores. Bioética clínica [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 31 jul. 2025]. p. 149-74. Disponível: <https://tinyurl.com/y6usc257>
20. Condes RP. A comunicação de notícias difíceis para os pais. In: Barros VFR, coordenadora. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 323-32.
21. Pfeiffer L, Hirschheimer MR, Ferreira AL. Negligência ou omissão do cuidar. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência [Internet]. 2ª ed. Brasília: CFM; 2018 [acesso 31 jul 2025]. p. 81-101. Disponível: <https://tinyurl.com/4ysj54w6>
22. Fortin K, Kwon S, Pierce MC. Characteristics of children reported to child protective services for medical neglect. *Hosp Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso 10 jul 2025];6(4):204-10. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0151
23. Jenny C. Recognizing and responding to medical neglect. *Pediatrics* [Internet]. 2007 [acesso 10 jul 2025];120(6):1385-9. DOI: 10.1542/peds.2007-2903
24. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care?. *Perm J* [Internet]. 2011 [acesso 10 jul 2025];15(2):63-9. DOI: 10.7812/TPP/10-148
25. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de identidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [acesso 19 jul 2025];5(2):219-30. DOI: 10.1590/S1413-81232000000200002
26. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, Hasan O, Satele D, Sloan J *et al.* Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2016 [acesso 19 jul 2025];91(7):836-48. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.05.007
27. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon Books; 1976.
28. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
29. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* [Internet]. 2018 [acesso 19 jul 2025];283(6):516-29. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29327879/>
30. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med* [Internet]. 2002 [acesso 19 jul 2025];69(6):378-84. DOI: 10.1111/joim.12752
31. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012 [acesso 21 maio 2025];16(41):301-14. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000027
32. World Health Organization. Standards for improving quality of care for children and young adolescents in health facilities [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso 2 jul 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/5f86khr8>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS [Internet]. 2020 [acesso 21 maio 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/mrfh5mnz>

Mário Roberto Hirschheimer – Doctor – mariorhir@gmail.com

 0000-0002-7051-1821

Clovis Francisco Constantino – Doctor – clovisbioped@hotmail.com

 0000-0002-7540-2632

Correspondencia

Mário Roberto Hirschheimer – Rua Indiana, 337, apto. 51. CEP 04562-000. São Paulo/SP, Brasil.

Participación de los autores

Los autores participaron de forma igualitaria en la preparación del artículo.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 7.8.2025

Revisado: 10.8.2025

Aprobado: 14.8.2025