

Pecados do atendimento pediátrico: maus-tratos e vícios médicos

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.

Resumo

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. Pediatria.

Resumen

Pecados de la atención pediátrica: maltrato y malas conductas médicas

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.

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.

Declararam não haver conflito de interesse.

O atendimento pediátrico exige rigor ético e técnico para assegurar o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Entretanto, práticas institucionais inadequadas em serviços de saúde podem configurar maus-tratos, comprometendo a assistência e violando os direitos da população infantojuvenil. Diferentemente da violência familiar explícita, maus-tratos institucionais ocorrem no próprio ambiente de saúde e incluem hipermedicação, solicitação de exames desnecessários, negligência diagnóstica, exposição evitável à dor, desrespeito à escuta da criança e violência verbal por parte de profissionais de saúde^{1,2}. Tais condutas, motivadas por pressões de produtividade ou insegurança clínica, afetam a saúde física e emocional da criança.

A medicina, apesar de seus avanços, historicamente apresenta vícios que comprometem a qualidade do cuidado. Richard Asher descreveu os sete “pecados da medicina” como práticas prejudiciais que, muitas vezes, ocorrem sem que os profissionais de saúde tenham plena consciência dos danos causados aos pacientes³. Embora formulados de forma geral, esses “pecados” aplicam-se também à pediatria. Posteriormente, André Islabão acrescentou três aspectos relevantes da prática médica contemporânea – pressão, neomania e certeza –, ampliando a lista de Asher para dez “pecados”⁴. É fundamental que os profissionais reconheçam essas condutas como formas de violência institucional e adotem práticas humanizadas, fundamentadas na escuta qualificada, no vínculo terapêutico e na integralidade do cuidado.

Detalhamento dos “pecados da medicina” e suas implicações na pediatria

Os “pecados da medicina” de Asher³ e Islabão⁴, embora sejam conceitos gerais, manifestam-se de forma particular e prejudicial na pediatria:

- A obscuridade na comunicação médica distancia os pacientes (e seus pais/responsáveis) do conhecimento sobre a saúde da criança.
- A crueldade, verbal ou física, intensifica o sofrimento infantil, seja por palavras ríspidas ou procedimentos dolorosos sem preparo.
- A falta de educação (descortesia) prejudica o relacionamento médico-paciente e entre profissionais, essencial para um ambiente de cuidado.

- A hiperespecialização, embora tecnicamente necessária, fragmenta o cuidado e dificulta uma abordagem holística da criança, que precisa de uma visão integrada de seu desenvolvimento.
- A espanofilia (obsessão pelo raro) leva à negligência de diagnósticos comuns e impacta negativamente a eficiência da medicina, atrasando tratamentos para condições prevalentes.
- O mau senso (ausência de bom senso) pode resultar em orientações médicas desconectadas da realidade socioeconômica das famílias, tornando o cuidado impraticável.
- A preguiça, física e mental, compromete a análise clínica e a interpretação crítica de informações médicas, levando a diagnósticos imprecisos ou incompletos.
- A pressão imposta pelo mundo moderno distorce os tempos naturais de cura e interfere na experiência da consulta médica, impedindo uma escuta atenta.
- A neomania, ou o apego exagerado ao novo, frequentemente leva ao uso precipitado de tecnologias e medicamentos ainda não plenamente testados em crianças, expondo-as a riscos.
- A certeza, talvez o pecado mais perigoso, afasta os médicos da humildade científica e da prudência clínica, essenciais para um cuidado seguro e responsável em um campo tão dinâmico como a pediatria.

Podemos acrescentar a arrogância como um pecado capital da medicina em todas as épocas e que pode ser mitigada pelo reconhecimento dos erros, pela busca sincera por sua minimização e pelo aprimoramento contínuo da prática pediátrica baseada nas melhores evidências disponíveis.

Práticas inadequadas no cuidado pediátrico e seus impactos

O cuidado pediátrico é permeado por práticas inadequadas que podem comprometer severamente a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes, tornando a hipermedicação e a medicalização da infância preocupações crescentes. A prescrição excessiva e inadequada de medicamentos – como antibióticos para infecções virais e psicofármacos sem evidências robustas para condições como transtorno do déficit de atenção e

hiperatividade (TDAH) e depressão – configura uma realidade alarmante⁵. Tais padrões são frequentemente influenciados por pressões familiares, modelos biomédicos reducionistas e pela própria medicalização do sofrimento infantil. Os riscos incluem reações adversas, dependência medicamentosa, alterações neurocomportamentais, resistência a antimicrobianos e enfraquecimento da confiança na relação médico-paciente. O uso racional de medicamentos exige avaliação criteriosa da necessidade farmacológica, considerando o estágio de desenvolvimento da criança e o contexto biopsiossocial do agravo⁶.

A solicitação excessiva de exames invasivos e desnecessários é outra prática recorrente. Radiografias, tomografias, exames laboratoriais e ressonâncias, muitas vezes requisitados sem critérios clínicos bem definidos, expõem crianças a riscos físicos – como a radiação ionizante – e a sofrimento emocional evitável⁷. A negligência no manejo da dor em procedimentos como coletas de sangue e punções também configura uma forma de violência. Esses procedimentos devem ser precedidos de explicações claras e eticamente obrigatórias, preparo emocional adequado e, quando necessário, uso de anestesia ou sedação⁸.

Adicionalmente, a negligência diagnóstica e a violência simbólica constituem formas sutis, porém impactantes, de maus-tratos. A negligência diagnóstica ocorre quando sintomas são minimizados, ignorados ou rotulados como “psicológicos” sem a devida investigação. Crianças com doenças autoimunes, distúrbios neurológicos ou síndromes raras são particularmente vulneráveis a essa minimização, o que pode retardar diagnósticos e agravar quadros clínicos⁹. Já a violência simbólica – entendida como a imposição de significados e valores que reforçam desigualdades sociais e submetem grupos a relações de dominação – manifesta-se por meio de repreensões, julgamentos morais, tom irônico ou desconsideração da autonomia do paciente, afetando a autoestima da criança e comprometendo a formação de vínculos sólidos^{10,11}.

Escuta da criança e do adolescente no cuidado em saúde

Crianças e adolescentes frequentemente não são ouvidos durante os atendimentos médicos,

o que desconsidera seu protagonismo, ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹² assegure sua participação ativa nas decisões sobre sua saúde. O art. 11 do ECA garante acesso universal a ações e serviços de saúde, com atenção às necessidades específicas desse público, incentivando sua participação ativa e respeitando seu nível de compreensão e desenvolvimento.

Esse princípio é reforçado pelos Conselhos de Medicina e por políticas do Ministério da Saúde, que orientam os profissionais a buscarem o assentimento do adolescente sempre que possível. O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Parecer 25/2013¹³, reconhece que adolescentes com capacidade de discernimento podem ser atendidos em contextos de risco mesmo sem o acompanhamento dos responsáveis, desde que o profissional avalie sua maturidade e compreensão sobre a conduta a ser adotada (art. 74 do Código de Ética Médica)¹⁴. O Parecer 55/2015¹⁵ reitera que, embora o consentimento deva ser obtido dos responsáveis, o assentimento do adolescente é imperativo, fundamentado em princípios bioéticos como autonomia, beneficência e respeito à dignidade. Pareceres regionais, como o do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas¹⁶, sustentam que solicitar o assentimento esclarecido do adolescente é uma conduta ética que fortalece o vínculo terapêutico e promove maior corresponsabilidade no cuidado.

Tais diretrizes refletem uma mudança de paradigma no cuidado em saúde, em que o adolescente assume protagonismo nas decisões clínicas, especialmente em áreas como saúde sexual, saúde mental e procedimentos invasivos, que envolvem aspectos éticos e jurídicos sensíveis¹⁷.

Negligência médica como forma de violência contra crianças e adolescentes

De acordo com a Classificação Internacional de Violência contra Crianças, publicada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em 2023, negligência médica configura uma forma de violência contínua perpetrada contra crianças e adolescentes¹⁸. Essa conduta caracteriza-se pela privação deliberada de cuidados médicos adequados, mesmo quando os responsáveis dispõem de recursos financeiros, conhecimento e acesso aos serviços de saúde necessários para provê-los.

Entre os exemplos estão a omissão persistente em fornecer ou autorizar tratamento indispensável – conforme as recomendações de um profissional de saúde qualificado – para lesões físicas, enfermidades, condições médicas ou deficiências de natureza física ou psicológica. Ainda, a falha reiterada em buscar assistência médica oportuna e apropriada para problemas de saúde graves também se enquadra nessa definição.

A negligência médica representa não apenas uma falha técnica, mas também uma ruptura ética na relação médico-paciente, com impactos profundos tanto no sofrimento moral dos profissionais de saúde quanto nas consequências para os pacientes^{19,20}.

A busca por atendimento médico em serviços de urgência e emergência, mesmo diante de agravos considerados corriqueiros, tornou-se prática comum entre muitas famílias. Fatores como dificuldade de agendamento nas unidades de atenção básica, ausência de vínculo com o profissional de referência ou mera comodidade levam ao uso do pronto-socorro como porta de entrada preferencial para o cuidado de crianças e adolescentes²¹. Essa prática contribui para a sobrecarga desses serviços, desviando-os de sua função principal: atender situações genuinamente urgentes.

Entre os responsáveis, permanece o mito da resolutividade imediata atribuída ao atendimento emergencial – um modelo em que, sem agendamento prévio, o médico solicita exames, estabelece o diagnóstico e propõe o tratamento definitivo. Entretanto, essa concepção é equivocada e compromete a qualidade do cuidado. Há tempos, prontos-socorros pediátricos vêm perdendo sua função de assistência a urgências reais, assumindo o papel de serviços de conveniência. Essa distorção no fluxo de atendimento expõe as crianças a riscos, especialmente aquelas em fase de desenvolvimento ou que têm condições crônicas²¹.

É imprescindível que o pediatra que realiza o atendimento emergencial oriente a família quanto às limitações desse cuidado, destacando seu caráter inicial e episódico. Ao dispensar o paciente, deve-se enfatizar a importância da continuidade assistencial em ambiente ambulatorial, seja em unidade básica de saúde, seja com o pediatra responsável. A não adesão a essa recomendação frequentemente leva a múltiplas reinserções no serviço de emergência, com agravamento do quadro clínico e aumento dos riscos²¹.

No seguimento ambulatorial, a criança e sua família recebem não apenas orientações para a manutenção terapêutica, mas também uma abordagem integral voltada à promoção da saúde e à prevenção de agravos. É nesse espaço que se consolidam o acompanhamento longitudinal e a vigilância do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor. Por isso, o absenteísmo em consultas programadas deve ser rigorosamente investigado e, diante de indícios de negligência, recomenda-se considerar a notificação ao Conselho Tutelar, após a devida avaliação clínica e social²¹.

A negligência no cuidado de saúde torna-se ainda mais preocupante em casos de doenças crônicas, devido à maior morbimortalidade associada à não adesão terapêutica. A introdução de tratamentos pediátricos mais complexos e os efeitos colaterais de diversos fármacos ampliam a vulnerabilidade desses pacientes. Estudos apontam que crianças negligenciadas nesse contexto apresentam risco aumentado de desfechos desfavoráveis e de reinternações por complicações evitáveis²².

A Academia Americana de Pediatria (AAP) define critérios fundamentais para que profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na linha de frente da assistência pediátrica, possam identificar esse tipo específico de negligência. Esses critérios abrangem aspectos éticos, clínicos e sociais envolvidos na tomada de decisão e servem como guia para o reconhecimento da negligência relacionada a cuidados médicos²³:

- risco ou prejuízo real à saúde da criança como consequência direta da omissão de cuidados médicos essenciais;
- existência de benefício clínico comprovado associado ao tratamento recomendado, com respaldo científico e consenso profissional;
- superioridade dos benefícios em relação aos riscos ou à morbidade do tratamento, de modo que a escolha terapêutica seria considerada razoável por pais sensatos e informados;
- comprovação de acessibilidade ao tratamento, demonstrando que há meios viáveis para sua realização, mas que, ainda assim, não foi adotado pelos responsáveis;
- clareza na comunicação médica, evidenciando que os pais foram devidamente informados sobre diagnóstico, prognóstico e opções terapêuticas, e compreendem as consequências da não adesão.

Esses parâmetros constituem uma ferramenta essencial para o julgamento clínico em situações complexas, permitindo ao profissional avaliar a extensão da responsabilidade dos cuidadores e, quando necessário, adotar medidas legais de proteção à criança ou ao adolescente.

Impactos dos excessos nas práticas de gestão no atendimento pediátrico

Nos últimos anos, o setor de saúde tem incorporado cada vez mais modelos gerenciais orientados para desempenho, produtividade e eficiência. Embora esses princípios possam trazer avanços organizacionais, sua aplicação irrestrita na pediatria tem gerado tensões entre os objetivos institucionais e as necessidades reais dos pacientes. Torna-se, portanto, imperativo refletir sobre os efeitos adversos da supervalorização da produtividade como indicador de qualidade no atendimento pediátrico, discutindo suas implicações clínicas, éticas e sistêmicas.

Gestão por desempenho e a criança como paciente

A produtividade como referência de qualidade provoca uma série de distorções na prática pediátrica:

- Redução do tempo de consulta: a imposição de metas faz que o profissional dedique menos tempo à escuta e à observação cuidadosa²⁴.
- Vínculo fragilizado: o foco em números enfraquece a construção de uma relação terapêutica com a criança e a família²⁵.
- Negligência da complexidade: a ênfase em quantidade desconsidera as nuances psicossociais e as diferentes demandas clínicas que crianças apresentam.

Já entre as consequências clínicas e humanas estão:

- Medicalização excessiva: a busca por respostas rápidas favorece a prescrição de medicamentos em detrimento de abordagens integradas²⁶.
- Diagnósticos imprecisos: o atendimento apressado pode obscurecer sintomas sutis, comprometendo a eficácia do cuidado²⁷.
- Desvalorização da dimensão educativa: o tempo para orientar familiares e promover hábitos saudáveis fica comprometido²⁸.

Pressão sobre os profissionais de saúde

A cultura da performance afeta diretamente os profissionais pediátricos:

- Exaustão e *burnout*: a cobrança constante por produtividade está associada ao esgotamento físico e emocional²⁹.
- Conflito ético-moral: o profissional se vê dividido entre suas convicções éticas e as exigências institucionais³⁰.
- Desumanização do cuidado: o pediatra passa a ser um executor de metas, em vez de cuidador da infância.

Transformar o atendimento pediátrico em uma prática mercantilizada

Transformar o atendimento pediátrico em uma prática mercantilizada dilui o valor social do cuidado a crianças e adolescentes em uma transação comercial, além de invisibilizar o sofrimento ao priorizar estatísticas financeiras em detrimento do bem-estar da criança ou adolescente. Essa abordagem reduz a clínica a uma operação burocrática e técnica, comprometendo a integralidade do cuidado e afastando a prática médica de sua essência humanista.

É imperativo repensar os modelos de gestão aplicados à pediatria. A qualidade do atendimento infantil vai muito além de indicadores numéricos. Trata-se de uma especialidade singular, voltada ao cuidado integral de crianças e adolescentes em desenvolvimento. O pediatra atua não apenas como clínico, mas também como educador da família, exercendo influência direta na formação de adultos saudáveis. Para cumprir esse papel, são indispensáveis alta qualificação, disponibilidade, ética e tempo.

Sua atuação abrange todos os níveis de atenção à saúde – promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento – com foco em múltiplos parâmetros de desenvolvimento, como nutrição, crescimento, imunização, desempenho escolar e saúde emocional. A relação médico-paciente na pediatria requer vínculo afetivo e empatia, elementos essenciais para a eficácia do cuidado.

Em situações de urgência e emergência, o pediatra deve ter domínio interdisciplinar, capacidade de avaliação criteriosa e sensibilidade para compreender que muitas demandas são motivadas

pela ansiedade familiar. Seu papel exige equilíbrio emocional e preparo técnico.

Apesar de seu impacto positivo na racionalização de recursos e na melhoria da qualidade de vida da população, o trabalho do pediatra ainda não recebe a devida valorização. A sociedade negligencia o reconhecimento profissional e a justa compensação econômica proporcional ao esforço exigido.

Prevenção de práticas abusivas no atendimento pediátrico

A prevenção de práticas abusivas no atendimento pediátrico é fundamental e depende de uma comunicação efetiva. Comunicar significa compartilhar informações, compreensões e sentimentos entre interlocutores. No contexto da saúde, clareza e acessibilidade são elementos cruciais, influenciando diretamente a compreensão e a resposta do paciente e de sua família³¹.

O letramento funcional em saúde refere-se à capacidade cognitiva de obter, interpretar e aplicar informações sobre saúde, seja por meio da comunicação escrita ou oral. Essa competência fortalece a interação bidirecional, permitindo que indivíduos expressem suas ideias com clareza e compreendam plenamente as mensagens recebidas^{20,21}. Na prática clínica, pacientes com letramento satisfatório demonstram maior capacidade de compreender orientações médicas e seguir prescrições, enquanto aqueles com letramento limitado enfrentam dificuldades tanto para se expressar quanto para assimilar informações³¹.

O letramento dos profissionais de saúde é igualmente relevante. O uso de vocabulário acessível e de técnicas de comunicação adequadas é fundamental para mitigar os impactos negativos que fatores como adoecimento, medo, estresse ou desconforto podem gerar na interação entre profissionais e pacientes.

A prevenção de práticas abusivas no atendimento pediátrico, como as exemplificadas nos “pecados da medicina”, exige, primordialmente, respeito à dignidade e empatia na relação com o paciente e sua família, garantindo um ambiente acolhedor e humanizado.

Diretrizes para o cuidado humanizado

A ética do cuidado pediátrico transcende a competência técnica, exigindo escuta ativa, empatia, respeito à autonomia progressiva da criança e compromisso com a proteção integral. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)³³ e da Política Nacional de Humanização do SUS³⁴ orientam práticas que promovem acolhimento, vínculo e redução de intervenções desnecessárias.

Além disso, é fundamental que os currículos de graduação e residência em saúde incluam conteúdos sobre violência institucional, bioética e abordagem humanizada, preparando os profissionais para reconhecer e evitar condutas que possam configurar maus-tratos.

Considerações finais

A pediatria contemporânea enfrenta tensões entre as exigências institucionais e as necessidades reais da infância e adolescência. Maus-tratos institucionais, ainda que sutis, perpetuam modelos assistenciais que negligenciam o vínculo, a escuta e o cuidado humanizado. Superar esse cenário requer reconhecer a singularidade da criança em desenvolvimento, fortalecer a formação ética dos profissionais e reposicionar o pediatra como protagonista da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes.

Mais do que técnica, a atuação pediátrica demanda afeto, empatia, discernimento e tempo. Valorizar esse trabalho é essencial para promover não apenas melhores indicadores de saúde, mas também uma sociedade mais justa e sensível às necessidades de crianças e adolescentes.

Fica evidente que a compreensão, por parte de gestores públicos e privados, bem como a atenção ao aprimoramento das diretrizes curriculares das graduações em profissões da saúde, é fundamental para assegurar a adequada atenção à saúde de crianças e adolescentes.

Por fim, é importante ressaltar que a elaboração cuidadosa e abrangente do prontuário do paciente representa uma documentação responsável de todas as ações aqui discutidas e, por meio de registros fiéis e criteriosos, reafirma o compromisso com o respeito à dignidade do ser humano.

O autor Clóvis Francisco Constantino exerceu o cargo de editor-geral da Revista Bioética. O presente artigo integra a homenagem da revista aos 80 anos do Conselho Federal de Medicina.

Referências

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 [acesso 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 – Doutor – mariorhir@gmail.com

 0000-0002-7051-1821

Clovis Francisco Constantino – Doutor – clovisbioped@hotmail.com

 0000-0002-7540-2632

Correspondência

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

Participação dos autores

Os autores participaram em conjunto na elaboração deste artigo.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 7.8.2025

Revisado: 10.8.2025

Aprovado: 14.8.2025