



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DE MÉDICOS RESIDENTES
EM PEDIATRIA NO RIO DE JANEIRO SOBRE
COMPORTAMENTO SUICIDA
NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Orli Carvalho da Silva Filho

Rio de Janeiro

Março de 2019



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DE MÉDICOS RESIDENTES
EM PEDIATRIA NO RIO DE JANEIRO SOBRE
COMPORTAMENTO SUICIDA
NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Orli Carvalho da Silva Filho

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PGSCM) como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo

Rio de Janeiro

Março / 2019

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Silva Filho, Orli Carvalho da.

Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência / Orli Carvalho da Silva Filho. - Rio de Janeiro, 2019.

236 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Orientadora: Maria Cecília de Souza Minayo.

Bibliografia: f. 197-209

1. suicídio. 2. tentativa de suicídio. 3. ideação suicida. 4. pediatria. 5. residência médica. I. Título.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz (*FIOCRUZ*) e ao Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (*IFF*), que há quase seis anos me receberam como servidor e onde tenho aprendido continuamente sobre a arte e o desafio do cuidado e da convivência. Três mulheres do IFF simbolizam esse agradecimento: *Rachel Niskier* (por todas e tantas oportunidades, preocupações e debates passionais neste período), *Rosa Mitre* (pelas orientações precisas e incentivos preciosos) e *Grace Paranhos* (*in memoriam*, pela “rabugice tão amorosa” em momentos cruciais da minha vida profissional: tenho saudades e muita gratidão!).

À Pós-graduação da Saúde da Criança e da Mulher (*PGSCM*), representado por seu robusto e acessível corpo docente, pelas secretárias em sua simpatia e prontidão e pela biblioteca. Às colegas de turma do mestrado: a vida das disciplinas ficou mais leve com vocês.

À querida Prof.^a Dr.^a *Cecília Minayo*, que com tanto carinho aceitou meu projeto de mestrado e que com muito esmero persistiu no processo de orientação. Sua genialidade assumiu momentos de doçura e de dedicação indescritíveis, pelos quais sou imensamente grato. Espero conseguir reproduzir parte deste aprendizado em minha jornada.

Aos membros da Banca de Qualificação (Profs.^a Drs.^a *Ana Elisa Bastos Figueiredo*, *Simone Gonçalves de Assis* e *Susana Maciel Guillaume*) pela leitura atenta e observações cuidadosas; aos membros da Banca da Defesa (Profs. Drs. *Jairo Werner Júnior* e *Simone Assis*) por terem aceitado esse convite, ainda enquanto banca prévia, e contribuído grandemente para o cumprimento dessa dissertação. Aos membros suplentes (Profs. Drs. *Rossano Cabral Lima* e *Susana Maciel Guillaume*), meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade e segurança proporcionadas.

Aos mestres pesquisadores *Luana Moura*, *Daniel Puig* e *Mariana Scardua* pela paciência e disposição na participação essencial no trabalho de campo comigo. Nossa amizade foi brindada com mais um *status*: o acadêmico.

Aos coordenadores dos cinco Programas de Residência Médica em Pediatria envolvidos nesta pesquisa. Aos 44 médicos residentes que aceitaram o convite como participantes: essa dissertação não seria a mesma sem as vozes de vocês.

Aos meus pais (*Orli & Cátia*), pelo nosso amor em construção há 36 anos; a primazia pela educação é um bem que floresce eternamente. Aos meus irmãos (*Gustavo*, *Mariana* e *Gabriel*), pelo carinho e companheirismo crescente.

Ao *Yaro*, pelo protagonismo em tantas experiências vitais ao longo destes dois anos em que nos tornamos “mestres”.

A cada conhecido ou amigo que, passando por mim neste intenso processo do mestrado, pôde me ouvir, questionar e intrigar: obrigado.

LISTA DE SIGLAS

CCC	Condição Crônica e Complexa em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
GF	Grupos Focais
HU	Hospital Universitário
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
MR	Médico Residente
PRM	Programa de Residência Médica
R1	Residente do primeiro ano
R2	Residente do segundo ano
RM	Residência Médica
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SOPERJ	Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A transição epidemiológica das últimas décadas no Brasil trouxe necessidade de adaptações para o cuidado de crianças e adolescentes. Essa Nova Pediatria tem a violência, as condições crônicas e complexas e a saúde mental como importantes questões em sua agenda, com destaque para o comportamento suicida pelo impacto clínico-epidemiológico e pelo tabu que representa, inclusive na formação pediátrica. O objeto da pesquisa foi a relação dialógica dos médicos residentes (MR) em pediatria com o comportamento suicida, assim como a participação dos programas de residência médica (PRM) neste processo. Partiu-se de uma hipótese de que exista uma desconsideração ou inabilidade teórica e clínica dos MR por essa temática, dificultando a assistência integral ao público infantojuvenil. Objetivou-se compreender a percepção e o conhecimento de MR em pediatria sobre a morte e o comportamento suicida na infância e na adolescência, valorizando as experiências e vivências construídas nos PRM, a influência da cultura incluindo a mídia e as novas demandas da especialidade. Foi utilizado o método qualitativo, por meio da técnica de Grupos Focais (GF), a partir da qual 44 MR de cinco PRM no Rio de Janeiro participaram da pesquisa. Os diálogos evocados nos cinco GF realizados, gravados e transcritos, foram analisados, junto aos registros não verbais, a partir de três unidades de sentido elencadas e correlacionadas: O tabu do suicídio; Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos; Lacunas formativas dos PRM em pediatria. Foi proposto o conceito de triplo tabu como uma tentativa de compreensão do suicídio de crianças e adolescentes pelos profissionais. Diante da constatação dos vazios curriculares sobre comportamento suicida na formação pediátrica, cinco pontos tornaram-se relevantes: (1) a baixa exposição sobre o tema; (2) o desinteresse discente; (3) o desconforto provocado pelo tema; (4) a organização dos PRM; (5) o ímpeto anatomopatológico. Como contrapartida ética, foi realizada uma atividade acadêmica subsequente para os integrantes de cada PRM envolvido. As proposições dos participantes e dos pesquisadores configuraram o objetivo estratégico da pesquisa, constituindo-se como uma potencial contribuição para a implantação e a consolidação de um novo currículo nacional para os PRM em pediatria, em vigor a partir de 2019.

PALAVRAS CHAVE: suicídio, tentativa de suicídio, ideação suicida, pediatria, residência médica

ABSTRACT

The epidemiological transition of the last decades in Brazil brought the need to implement several adaptations for the care of children and adolescents. This new pediatrics shows important topics on its content as violence, chronic and complex conditions and mental health, with emphasis on suicidal behavior due to clinical and epidemiological impact and the taboo that it represents, including in pediatric education. The objective of the research was to understand the relationship between medical residents (MR) in pediatrics with suicidal behavior, as well as the responsibility of medical residency programs in this process. The hypothesis was that there is a lack of consideration or inability of MR for this issue, making it difficult to provide comprehensive assistance to children and adolescents. The qualitative method was chosen, using the Focal Groups technique (GF), from which 44 MR of five medical residency training in Rio de Janeiro participated in the research. The dialogues of the five groups, recorded and transcribed, were analyzed, together with the nonverbal registers. Three categories correlated appeared: The suicide taboo; Peculiarities of pediatric care: idealizations and conflicts; Formative gaps of medical residency training in pediatrics. The researchers proposed the concept of a triple taboo as an attempt to understand the suicide of children and adolescents by pediatrics' professionals. Faced with these curriculum's gaps pediatric education, five points became relevant: (1) the low exposure on the theme; (2) student disinterest; (3) the discomfort caused by the theme; (4) the organization of medical residency training; (5) the anatomopathological impetus. As an ethical counterpart, a subsequent academic activity was carried out for the members of each group involved. The participants' and researchers' proposals configured the strategic aim of the investigation, constituting a potential contribution to the implementation and consolidation of a new national curriculum for the medical residency training in pediatrics, beginning from 2019.

KEY WORDS: **suicide, suicide attempted, suicidal ideation, pediatrics, residency**

EPÍGRAFES

“Talvez devêssemos falar mais aberta e claramente sobre a morte, mesmo que seja deixando de apresentá-la como um mistério. A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram às outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias.”
Norbert Elias. *A solidão dos moribundos*, 2001.

“Vida e suicídio são antônimos quase perfeitos, considerando que morrer faz parte da vida. Seja porque viver será sempre uma escolha, por mais automático que possa parecer, ou ainda, porque o comportamento suicida não se estrutura simplesmente como uma escolha.”

Estellita-Lins, C (org);

Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro, 2012.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - JUSTIFICATIVAS	17
3 - OBJETIVOS	26
3.1 - OBJETIVO GERAL	26
3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3.3 - OBJETIVO ESTRATÉGICO.....	26
4 - MARCOS TEÓRICOS	27
4.1 - COMPORTAMENTO SUICIDA.....	27
4.1.1 - Comportamento Suicida: Violência e Saúde.....	31
4.1.2 - Comportamento Suicida: Abordagens Compreensivas	38
4.1.2.1 - Abordagem Nosológica	39
4.1.2.2 - Abordagem Psicológica	41
4.1.2.3 - Abordagem Sociológica.....	44
4.1.2.4 - Abordagem Histórico-social	46
4.1.2.5 - A Suicidologia de Shneidman	48
4.1.3 - Comportamento Suicida: Considerações sobre Infância e Adolescência	50
4.2 - MEDICINA, MORTE E SUICÍDIO: LACUNAS, SILÊNCIOS, PARADIGMAS E TABUS	66
4.3 - FORMAÇÃO MÉDICA E PEDIATRIA: PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA	73
4.3.1 - PRM: Ensino e Serviço	73
4.3.2 - PRM em Pediatria: peculiaridades e desafios	77
4.3.3 - A Nova Pediatria, Causalidade Externa e Saúde Mental.....	81
5 - METODOLOGIA	87
5.1 - O CAMPO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	88
5.2 - GRUPOS FOCAIS	92
5.3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	100
6 - RESULTADOS	104
6.1 - GRUPOS FOCAIS: CARACTERIZAÇÕES E PERFIS	105
6.1.1 - GF 1	105
6.1.2 - GF 2	107
6.1.3 - GF 3	109
6.1.4 - GF 4	111
6.1.5 - GF 5	113

6.2 - GRUPOS FOCAIS: SÍNTESES REPRESENTATIVAS.....	114
6.3 - GRUPOS FOCAIS: “CATEGORIAS-OPORTUNIDADES”.....	124
6.4 - CATEGORIAS DE ANÁLISE	129
7 - DISCUSSÃO.....	133
7.1 - “QUAL LUTO SERIA MAIS FÁCIL DE VIVER?” - O TABU DO SUICÍDIO	133
7.2 - “OH! QUE SAUDADES QUE EU TENHO / DA AURORA DA MINHA VIDA, / DA MINHA INFÂNCIA QUERIDA / QUE OS ANOS NÃO TRAZEM MAIS!” - PECULIARIDADES DA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA: IDEALIZAÇÕES E CONFLITOS	143
7.2.1 - Idealizações.....	146
7.2.2 - Conflitos geracionais.....	151
7.2.3 - Adolescência	159
7.3 - “PORQUE SUICÍDIO NÃO É TEMA DE SESSÃO CLÍNICA!” - LACUNAS FORMATIVAS DOS PRM EM PEDIATRIA.....	165
8 - DA TEORIA À PRÁTICA: PRODUÇÕES E ESTRATÉGIAS.....	179
8.1 - PARTE I.....	180
8.2 - PARTE II: GRUPAMENTO DE PROPOSTAS	183
8.3 - PARTE III.....	188
9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	192
10 - REFERÊNCIAS	197
11 - APÊNDICES	210
APÊNDICE I: FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	210
APÊNDICE II: ROTEIRO GF	212
APÊNDICE III: MODELO TCLE	214
12 - ANEXOS.....	217
ANEXO I: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP IFF	217
ANEXO II: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP HFB.....	222
ANEXO III: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFF.....	227
ANEXO IV: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP HUPE	232

1 - INTRODUÇÃO

O ano de 2017 despertou curiosidades e inquietações, nos brasileiros, acerca do comportamento suicida em crianças e adolescentes. Apesar de o tema já fazer parte de campanhas e diretrizes de prevenção e valorização da vida pelo setor saúde ^{1,2,3}, tendo como base o seu impacto na morbimortalidade da juventude brasileira e mundial ^{4,5}, foi a partir da mídia que uma mobilização social foi mais facilmente sentida e identificada ^{6,7,8}. A primeira temporada da série “Thirteen Reasons Why” (13R), da plataforma Netflix®, e o desafio virtual “Baleia Azul”, anunciado, indiciado e alertado pela rede social Facebook®, ambos de domínio público e largamente conhecidos pela população, expuseram essa temática convocando as famílias, as escolas e os diversos grupos sociais no país a reagirem e enfrentarem o assunto ^{9,10,11,12,13}. Sem excluir a relevância que a iluminação deste fenômeno universal e complexo apresenta para a cena social, a reflexão sobre como atuam seus personagens é crítica e se faz necessária ^{12,14}.

Desde então, alguns embates têm sido intensificados, ampliando a polissemia que já é intrínseca ao tema, com diversas tentativas de justificação e de explicação para sua ocorrência ^{15,16}. A polissemia e a polifonia, entretanto, são geralmente interdidas e silenciadas pelo tabu que a morte e o suicídio encerram nas sociedades contemporâneas ocidentais ^{17,18}. Como propõem Silva Filho e Minayo⁸: “De um lado, há certo alarde sobre os riscos de adolescentes se autoagredirem. De outro, a inabilidade e o silêncio amedrontadores quando se trata de lidar com o comportamento suicida nesse grupo etário.” (p.69)

Por comportamento suicida, tem-se um *continuum* de autoagressões que envolve ideação, ameaças, tentativas e atos suicidas ^{1,19,20}. O suicídio apresenta-

se como um de seus desfechos, o mais grave, o mais crítico e o mais identificado pela área da saúde ⁵. As autolesões não suicidas podem ser compreendidas como parte desse espectro, apesar de não haver consenso na literatura de psicopatologia sobre isso, ainda mais em se tratando de crianças e adolescentes ^{5,14,20,21,22}. Dentre as diversas abordagens que tentam compreender o fenômeno, destacam-se as proposições de Shneidman ao descrever o suicídio como uma confluência de um máximo de dor, de perturbação e de pressão ¹⁶. Sendo reconhecido como um fenômeno multifatorial, multideterminado e multifacetado, tal qual a violência, diversos questionamentos permeiam o cuidado para com crianças e adolescentes com comportamento suicida e em sofrimento psíquico ^{2,9,23}.

Nesse contexto, um grupo foi reconhecido como de importância pertinente para o entendimento destes embates, silêncios e vozes: os profissionais do setor saúde que assistem crianças e adolescentes. Por questões de afinidade e da constatação de sua função social ²⁴, foi feito um recorte neste grupo, reduzindo-o aos médicos, especificamente os que estão em formação pediátrica. A Residência Médica (RM) é considerada o modelo mais completo e abrangente de especialização médica, tendo sua essência na díade “ensino e serviço” ²⁵. Os Programas de Residência Médica (PRM) são os locais preferenciais para a continuidade do ensino médico, recebendo diversos jovens recém-graduados, inexperientes na prática profissional ²⁶.

A Pediatria, enquanto especialidade médica, tem se modificado em suas próprias definições e exigências às demandas para a saúde das crianças e adolescentes, o que, em teoria, é deslocado aos PRM, aos jovens pediatras e a seus supervisores ^{8,27,28,29,30}. A transição epidemiológica brasileira veio

acompanhada da prevalência de afecções congênitas, de neoplasias e da violência/causalidade externa como principais causas de morte pediátrica ^{31,32,33}. Uma Nova Pediatria vem se constituindo onde o manejo de Condições Crônicas e Complexas em Saúde (CCC), os eventos violentos e a incidência de transtornos mentais se destacam na assistência ^{28,33,34,35,36}.

Alguns dados nacionais, referentes ao ano de 2012, corroboram esse cenário: 71,1% da mortalidade da juventude brasileira foi por causalidade violenta, sendo que do total de mortes, 3,7% por suicídio ⁴; as taxas de mortalidade de suicídio foram de 0,4 e 6,7/100.000 nas faixas etárias “5-14” e “15-29” anos ¹, respectivamente. A divulgação do Boletim Epidemiológico ³⁷ no ano de 2017 com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (Sinan) aponta essa tendência: em 2016, houve 897 óbitos por suicídio na faixa etária de “10-19” anos, com taxas relativas de 1,7 e 8,6/100.000 nos subgrupos “10-14” e “15-19” anos; considerando o intervalo entre 2011 e 2016, quando as lesões autoprovocadas passaram a apresentar caráter de notificação obrigatória no país, o mesmo Boletim sinaliza que do total dessas lesões, 25,9% e 19,6% foram, respectivamente, em meninas e meninos entre 10 e 19 anos. Associada a essas taxas, a prevalência de transtornos mentais na população pediátrica situa-se entre 10 e 20% ³⁶.

Diante de tais números e da influência da mídia, principalmente em seus novos formatos ³⁸, que constituem um elemento nuclear da cultura contemporânea, tornou-se imprescindível ouvir os pediatras em formação, problematizando seus PRM e buscando compreender o que percebem e o que conhecem sobre comportamento suicida. Enquanto uma manifestação de

violência e de sofrimento psíquico: como tem se constituído sua compreensão? Como ela tem se desdobrado no treinamento e na prática clínica pelos residentes, como médicos e indivíduos que, por escolherem e se dedicarem a profissão, não perdem suas marcas subjetivas e sociais?

Este trabalho, configurado como uma dissertação submetida como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Coletiva), situa-se entre as áreas da Saúde Coletiva, Pediatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência, buscando aproximá-las num diálogo teórico e prático. A partir de referenciais da literatura acadêmica e da atuação profissional com crianças e adolescentes, mas também com residentes médicos de pediatria, construíram-se as formulações que originam este estudo. Tendo como seus três eixos principais, o “comportamento suicida”, “os silêncios, os paradigmas e os tabus sociais acerca do suicídio” e “as formações médica e pediátrica”, optou-se por se pensar a relação do residente de pediatria com a temática do comportamento suicida na infância e na adolescência.

O estudo não se debruçou, especificamente, sobre o comportamento suicida, mas pretendeu avançar na reflexão da educação médica e seu papel social, focalizando os Programas de Residência Médica (PRM) em pediatria ⁸. Portanto, o objeto da pesquisa foi a relação dialógica dos médicos residentes (MR) em pediatria com a temática do comportamento suicida e a participação dos PRM neste processo. Partiu-se de uma hipótese de que exista uma desconsideração ou inabilidade teórica e clínica desses MR pelas crianças e adolescentes com comportamento suicida e seu sofrimento, dificultando a inclusão desta abordagem na assistência a este público. Como precisamente

introduz Cassorla em sua tese que inaugura a discussão brasileira sobre suicídio em jovens, problematizando essa dificuldade ³⁹:

“(...) ambos, tanto os clínicos como os jovens, se sentem invadidos por impulsos, desconhecidos e perigosos, que não sabem controlar. Assim como o adolescente comumente necessita negar e reprimir os novos impulsos sexuais e agressivos, o médico também fará o mesmo com seus conflitos, evocados pelos dos seus pacientes. Com o tempo, o adolescente sadio conseguirá desfrutar de suas novas possibilidades; infelizmente, o clínico, na maioria das vezes não consegue.” (p.1)

Compreender a percepção e o conhecimento de MR sobre o comportamento suicida na infância e na adolescência foi o objetivo da investigação, refinando como e por que estas questões se manifestam nos PRM. A percepção, nesse texto, pode ser compreendida pela apreensão do mundo a partir dos sentidos, promovendo as experiências pessoais; neste caso, as experiências vividas dentro e fora da RM. As vivências são reflexões pessoais da experiência vivida ⁴⁰. Experiências e vivências constituem o senso comum, que orienta cada indivíduo nas várias ações e situações da vida, através de valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar-se e agir ^{40,41}. O conhecimento é uma expressão do senso comum, formatada e autorizada por um saber, aqui o saber biomédico.

Para atingir este objetivo, recorreu-se ao diálogo dos MR entre eles e com eles, no próprio espaço da residência médica, para uma aproximação da realidade percebida, experimentada e conhecida por eles. Foram propostos cinco PRM como campo de pesquisa, onde os dados foram coletados e que, posteriormente, foram analisados e interpretados.

Três grandes questões partem, assim, deste objeto e foram levadas ao campo, através de realizações de Grupos Focais: “O que é o comportamento suicida”, “A possibilidade de afetação do comportamento suicida na vida das

peessoas”, “A preparação para uma abordagem pediátrica do comportamento suicida”. Pretendeu-se, a partir destes três questionamentos, amparados pela teoria, entender como essa temática chega aos MR e a seus PRM.

Teve-se como meta, uma devolução não só aos MR e seus PRM envolvidos, mas também a outros programas e associações pediátricas, auxiliando as discussões sobre o formato, o conteúdo e a organização da RM em pediatria. A partir do vigente ano de 2019, os PRM em pediatria apresentam o terceiro ano obrigatório; violência, morte e saúde mental constituem assuntos elencados na nova proposta curricular e formalizados como da competência do pediatra ^{29,42}. A reflexão e a discussão aqui sugeridas podem contribuir para qualificar as novas formas, exigências e demandas da pediatria a favor das crianças e adolescentes brasileiros.

O trabalho se organiza em doze partes, algumas delas subdivididas. O capítulo 1 (Introdução) apresenta brevemente as temáticas estudadas; no capítulo 2, são justificados os argumentos acadêmicos, sociais e pessoais que levaram o autor à escolha do objeto de estudo. Os objetivos (geral, específicos e estratégico) do trabalho são referidos no capítulo 3. O capítulo 4 faz considerações sobre os três marcos teóricos propostos: Comportamento Suicida (4.1), Medicina, Morte e Suicídio: Lacunas, Silêncios, Paradigmas e Tabus (4.2), Formação Médica e Pediatria: A Residência Médica (4.3). Os capítulos 4.1 e 4.3 são subdivididos para facilitar a organização e a exposição teórica. O método da investigação é apresentado no capítulo 5. Ele está exposto em três seções: O campo e os participantes da Pesquisa (5.1), Grupos Focais (5.2) e Considerações Éticas (5.3). Os Resultados da pesquisa são apresentados em quatro seções no capítulo 6: Grupos Focais: Caracterizações e Perfis (6.1),

Grupos Focais: Sínteses Representativas (6.2), Grupos Focais: “Categorias-oportunidades” (6.3) e Categorias de análise (6.4). As três unidades de sentido definidas na etapa de análise da pesquisa recebem aprofundamento argumentativo na Discussão (capítulo 7): O tabu do suicídio (7.1), Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos (7.2) e Lacunas formativas dos Programas de Residência Médica em Pediatria (7.3); sendo o capítulo 7.2 subdividido didaticamente em três seções. O capítulo 8 (Da teoria à prática: produções e estratégias) expõe os objetivos estratégicos da pesquisa em três partes. Finalizam-se os nove elementos textuais com Considerações Finais (capítulo 9). Seguem-se, então: Referências, Apêndices e Anexos, numerados como 10, 11 e 12, respectivamente.

Assumindo que estudar a morte é também se dedicar ao estudo da vida ^{17,43}, foram aceitos o convite e o desafio de Norbert Elias para conversas mais claras e abertas sobre a morte, aproximando-a das gerações mais novas ¹⁸. Não se espera falar sobre todas as mortes, mas as mortes e os eventos autoprovocados. Não quaisquer conversas, mas especificamente aquelas com interlocutores médicos, em formação pediátrica e em seu “tempo e espaço” de ensino e serviço.

2 - JUSTIFICATIVAS

A transição epidemiológica e a transição demográfica por que passa o Brasil nas últimas décadas, fortemente marcadas pela morbidade e mortalidade das causas externas, têm configurado e exigido uma nova abordagem na saúde dos brasileiros, incluindo as crianças e adolescentes ^{31,32}. O manejo de Condições Crônicas e Complexas em Saúde (CCC), a sobrevida em quadros clínicos de alta complexidade, a influência e dependência de insumos e artefatos tecnológicos, assim como uma maior prevalência de transtornos mentais são condições que caracterizam inclusive a chamada Nova Pediatria ^{28,33,34,35,44}. Características que demonstram ciclos de superação e progressos, mas também de surgimento de novos desafios.

As lesões violentas (principalmente homicídios, acidentes de trânsito, suicídios e causas indeterminadas), categorizadas como “Causas Externas” pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ^{37,45} ganharam maior representatividade no cenário pediátrico ^{4,8,46}. É o caso do comportamento suicida que é ao mesmo tempo uma manifestação de violência e um agravo à saúde mental.

No Brasil, comparado a outros países, verificam-se baixas, embora crescentes, taxas de suicídio. Sendo, porém, um país muito populoso, encontra-se entre os dez com maior número absoluto de mortes autoinflingidas, com grande variabilidade regional e etária ^{3,4}. Economicamente, como média, tem-se uma perda de capital humano de R\$163mil à cada vítima brasileira de suicídio⁴⁷. Na população de 15 a 29 anos, o suicídio figura-se entre as quatro principais causas de morte, constituindo-se como um grande grupo etário acometido, principalmente entre os homens (terceira causa) ^{14,37}.

Assim, crianças, adolescentes e jovens, têm se tornado um público vulnerável, sendo necessárias medidas para lidar com esse desfecho considerado um dos mais difíceis da prática médica ⁴⁸. A questão do comportamento suicida é ainda mais delicada quando esse grupo etário é comparado com outros segmentos pois nele se verificam: dificuldade de apreender o conceito de morte, variedade na identificação da ideação suicida e pragmatismo segundo o desenrolar do desenvolvimento normal ou patológico ^{21,23,49,50}.

Acompanhando essa transição epidemiológica descrita no mundo e também no Brasil, a OMS, a partir da década de 1960, iniciou uma série de publicações definindo e dando orientações de como prevenir o comportamento suicida. Nos anos 1990, essa relevância se intensificou, sendo a morte autoinflingida colocada como um problema a ser enfrentado globalmente. Surgiram estudos multicêntricos organizados pela própria OMS, replicados e referenciados até hoje ^{2,14,16,51}. O olhar epidemiológico também se fortaleceu, avaliando os impactos da morbimortalidade provocada pelo comportamento suicida. Passou-se a ter maior preocupação com a prevenção do desfecho clínico suicídio e a se incentivar o desenvolvimento de estratégias, programas e metas para a redução de sua incidência ^{14,52}.

Tal mobilização no panorama de saúde global foi fortemente constituída numa hipótese plausível de associação do suicídio com transtornos mentais em 90% dos casos ^{14,16,19,20}. Tais dados se originaram das pesquisas com autópsia psicológica realizadas por Shneidman, sendo diversamente replicadas. Seus estudos permitiram uma perspectiva preventiva em que o reconhecimento e tratamento dos quadros psiquiátricos poderiam controlar o desfecho suicida ¹⁶.

O manejo da impulsividade, o controle de acesso aos meios e a normatização e regularização da função da mídia e dos ambientes virtuais nos casos de tentativas ou suicídios consumados seriam as outras principais abordagens estabelecidas como metas e políticas pactuadas por países signatários da OMS, objetivando a redução de 10% na incidência de suicídio até 2020 ¹.

Tal reconhecimento de grande relevância clínica e epidemiológica levou a significativo aumento na produção acadêmica e ao fortalecimento de organizações científicas em suicidologia. A literatura leiga também apresentou crescimento, com a inserção do tema de forma mais relevante nos últimos 30 anos ⁵³. Mesmo em se considerando a infância e adolescência, e principalmente essa última, nota-se, a partir de revisões bibliográficas, uma maior presença da temática em livros, periódicos e teses.

A justificativa da pesquisa, entretanto, não se encerra na necessidade de ampliar as pesquisas acerca do comportamento suicida na infância e na adolescência, o que em si, ainda representaria uma importante relevância social. Porém visa-se a intervir nas lacunas observadas entre a produção acadêmica e a prática assistencial dos que lidam com crianças e adolescentes. O cenário epidemiológico impõe uma realidade onde pensar e falar sobre suicídio é uma urgência que, como tal, deve fazer parte dos protocolos dos profissionais da área da saúde quando observam elevado grau de sofrimento psíquico nesses seres em formação ^{8,48,50}. Porém sua abordagem é delicada, principalmente, por incluir valores morais, éticos e culturais envolvidos e construídos, em seu manejo ^{1,14,17,39}.

De forma geral, entende-se que o estigma e o tabu relacionados ao assunto são grandes entraves à detecção precoce e à prevenção do

comportamento suicida, inclusive, na prática médica ^{16,48,52}. Considerando a pediatria, tal dificuldade tende a aumentar, por um despreparo desses profissionais para lidar com o sofrimento psíquico e com a morte de seus pacientes, mesmo quando não violenta. A representação bondosa, pueril e angelical das crianças no imaginário dos pediatras ²⁴ distancia-os das temáticas existenciais que permeiam o cotidiano assistencial ainda que diante de desfechos potencialmente fatais. Dessa forma, a morte ou a lesão autoinfligidas de uma criança ou de um adolescente geram um tabu e incômodo ainda maiores, dificultando medidas preventivas possíveis ³⁹.

A tentativa de suicídio na infância e adolescência é a maior emergência psiquiátrica nesse público ^{20,21,23,50,54}; concomitantemente, os pediatras são os profissionais que mais têm acesso à integralidade de cuidado a esse grupo etário, essencial na estratégia de abordagem da suicidalidade ^{9,55,56}. Seja nos serviços de emergência ou ambulatoriais, atenção básica ou especializada, os pediatras são os profissionais mais indicados para o cuidado integral de crianças e adolescentes. Compreender, então, como e o que os pediatras em formação na residência médica percebem e conhecem sobre o tema em pauta, pode possibilitar a criação de instrumentos e orientações visando ao desenvolvimento de atitudes e práticas de prevenção hoje já consagradas em relação ao fenômeno do suicídio.

Isso se torna mais relevante, nesse momento, pois a introdução do terceiro ano nas residências médicas em pediatria tornou-se obrigatória a partir deste ano de 2019, conforme documentos eletrônicos divulgados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), já tendo sido testados em alguns Programas piloto de Residência Médica (PRM) ^{29,57}. O terceiro ano vem a

complementar a formação do pediatra generalista inserindo temas e áreas pouco abordados até então, como “morte e dor”, “violência” e “saúde mental de crianças e adolescentes”. Justifica-se também a pesquisa pela contribuição e reflexão para as estratégias de implantação e consolidação dessa nova proposta curricular.

Assim, junto à Biblioteca do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), optou-se por uma revisão bibliográfica em bases de dados objetivando associar termos como suicídio e comportamento suicida com ensino médico, residência médica e pediatria, com diferentes verbetes, de forma a complementar algumas buscas já realizadas. Essas buscas iniciais facilitaram a produção e publicação do artigo de revisão “Tentativas de suicídio em crianças e adolescentes: abordagem do pediatra” na Revista da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ), em dezembro de 2017, pelo mestrando em co-autoria com outro psiquiatra da infância e adolescência ⁹. O artigo assume um caráter de orientação aos pediatras, sendo o primeiro resultado que procura suprir as lacunas entre produção científica e assistência.

Poucos artigos foram encontrados, mesmo se recorrendo a bases de dados na área de educação (“ERIC”), ciências sociais (“ASSIA”; “SocINDEX”) ou a outras mais tradicionais na área de saúde coletiva como a “BVS” ou na área médica como o “PubMed”. As maiores aproximações encontradas foram com estudos sobre atitudes de alunos frente às doenças mentais e ao suicídio. Numa revisão sobre a produção de teses e dissertações brasileiras sobre Residências Médicas e em Saúde, no período de 1987 a 2011, é possível se constatar um aumento de pesquisas que têm os PRM como objeto, justificado pelos autores

pela relevância do ensino em serviço como metodologia potente de formação de trabalhadores em saúde ⁵⁸. Apesar das diversas categorias elencadas por eles, nenhuma dessas produções correlacionou os conteúdos dos PRM em pediatria ou ainda percepções e conhecimentos de seus residentes. Quatro publicações se aproximam do objeto dessa pesquisa; uma dissertação que aborda percepção e conhecimento de graduandos em medicina sobre comportamento suicida ⁵⁹, porém com marcantes diferenças metodológicas. Uma dissertação que busca reconhecer visões, valores e atitudes de residentes de clínica médica de um hospital universitário sobre suicídio ⁶⁰. Um artigo sobre o papel das emergências psiquiátricas, principalmente no tocante à condução do risco de suicídio e à formação do residente de psiquiatria ⁶¹. A publicação que mais se aproximou do objeto dessa dissertação foi publicado por um grupo da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na Revista da SOPERJ em junho de 2018: Habilidades dos residentes de pediatria na abordagem dos transtornos mentais na infância²⁸. As pesquisadoras da UFMG, através de questionários semiestruturados durante os anos de 2015 e 2016, obtiveram informações sobre a experiência e os interesses dos residentes de pediatria ou de áreas de atuação pediátrica em diagnosticar transtornos mentais na rotina do PRM de um hospital universitário. Apesar de os resultados serem concordantes e de terem se somado aos argumentos, hipóteses e premissas dessa dissertação, dois pontos merecem destaque: primeiro, não houve abordagem nos questionários sobre suicídio ou comportamento suicida, assim como não há nenhuma descrição ou citação sequer destes termos no corpo da publicação. O segundo é que todas as referências citadas pelas autoras são de grupos internacionais, revelando as lacunas na produção acadêmica brasileira sobre o assunto.

Assim, publicações que abordem a relação da residência médica em pediatria com a temática do comportamento suicida não foram encontradas até o momento. Os mecanismos de busca sempre podem ser aprimorados e há materiais sendo divulgados constantemente, de forma que esse passo metodológico teve de ser mantido e acionado durante toda a pesquisa. No entanto, neste momento, há na literatura uma lacuna que, em parte, pretende ser coberta com este trabalho.

A escolha do tema e a construção do objeto e das hipóteses, além das especificidades apresentadas acima, passam pela trajetória do pesquisador principal e mestrando do PGSCM; falarei em primeira pessoa do singular, demarcando, nesse tópico, minha individualidade e desejo.

A decisão pela medicina (2001) nunca me soou precisa e foi nas disciplinas de psiquiatria, neuropsiquiatria infantil e medicina preventiva e social onde mais consegui elaborar algum sentido existencial diante das inquietações experimentadas durante e pela formação médica. Perante a dúvida sobre a sequência a ser dada com o fim da graduação na Universidade Federal Fluminense (UFF), a crescente aproximação com a pediatria me fez tomar a acertada decisão de interromper o curso no último semestre e me lançar numa experiência de trabalho voluntário em Angola, por dois meses - o qual resultou no trabalho de conclusão de curso ("Diário de Bordo: do voluntariado ao AIDIP: narrativas e reflexões de um estudante de medicina no interior de Angola", sob orientação do Prof. Dr. Gílson Saippa). Tal vivência me fez, além de perder as seleções de residência médica, repensar e intensificar críticas sobre minha participação nos referenciais médicos aprendidos; pensar possibilidades de

novas práticas transculturais e, sem desistir da psiquiatria, trilhar o caminho da pediatria.

Ingressei e concluí a Residência Médica em Pediatria na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e, após um ano de serviço militar obrigatório, comecei a formação em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB UFRJ). Nesse tempo, permaneci na UERJ como plantonista, me aproximando dos residentes da área e dos estudos em Medicina do Adolescente no NESA (Núcleo de Estudos em Saúde do Adolescente); sendo residente em uma instituição de ensino e supervisor de residentes em outra, refleti bastante sobre os modelos de aprendizado e sobre suas hierarquias, propostas e resultados. Minha saída da UERJ ocorreu quando fui aprovado no concurso público como médico pediatra no IFF/FIOCRUZ; desde o início no IFF, ainda sendo residente do IPUB, mantive relação com os residentes médicos, atuando na supervisão e assistência. Após a conclusão da residência médica em psiquiatria, retornei à UFF como residente do PRM em Psiquiatria da Infância e Adolescência; foi meu sexto ano como residente médico, concluído em março de 2015.

Passados os anos da graduação e das residências médicas, persiste uma inquietação pessoal; hoje mais bem estruturada e direcionada a conviver no que entendo como uma “interface entre pediatria e psiquiatria”, tendo como importante questão o processo de formação dos profissionais que assistem as crianças e os adolescentes. Nesse ponto e desse lugar físico e simbólico, - por ora me mantenho no Brasil e no IFF - compreendo e proponho esse estudo, influenciado pelas ideias de Winnicott ⁶² e pelas demandas da Nova Pediatria.

Desta forma, me entendo como psiquiatra e pediatra e com interesses clínicos e acadêmicos sobre comportamento suicida na infância e adolescência.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Compreender e analisar a percepção e o conhecimento de médicos residentes em pediatria a respeito do comportamento suicida na infância e na adolescência.

3.2 - Objetivos Específicos

São três os objetivos específicos:

- Compreender se e como as experiências e vivências nos e pelos PRM têm permitido reflexões sobre morte e comportamento suicida na infância e adolescência;
- Entender como os conhecimentos dados pela cultura, incluindo a mídia, influenciam essa percepção;
- Discutir como os PRM em pediatria respondem a essa atual demanda da saúde pública e da Nova pediatria.

3.3 - Objetivo Estratégico

Retornar os resultados e conclusões aos PRM envolvidos na pesquisa, à CNRM, à SBP e à SOPERJ por meio de palestras, documentos técnicos e publicações científicas.

4 - MARCOS TEÓRICOS

4.1 - Comportamento Suicida

*“Pensei muitas vezes nas razões que me levariam a cometer suicídio. Não se assustem: todas as pessoas, vez por outra, pensam nisto. Acho que os suicídios são raros como são não porque as pessoas estejam convencidas de ser ele um equívoco, mas porque sua execução é complicada e desagradável. Se Deus tivesse colocado no nosso corpo um botãozinho que, se apertado, nos despacharia para o outro mundo sem dor, sem sangue e sem horror, poucas seriam as pessoas que ainda estariam vivas.”*⁶³
 Rubem Alves. Suicídio. In: A festa de Maria, 1996.

Uma grande questão emerge quando se examina a temática do comportamento suicida: por que nem todos sucumbem ao sofrimento e às angústias inerentes do viver?^{47,64,65} Por uma perspectiva individual, essa também é a reflexão primordial proposta por Camus acerca da existência humana em seu livro “O mito de Sísifo”⁶⁶: “Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia.” (p.7) Deparar-se, eticamente, com esse tema e tabu demanda uma disponibilidade para o reconhecimento de muitas vozes, enunciadas ou silenciadas, num diálogo com mais interrogativas do que afirmações. Diante de tantas perguntas que circundam o suicídio, uma consideração deve ser reconhecida como premissa para o seu estudo, conforme orientação da OMS¹, em livre tradução:

“Nenhum fator isolado é suficiente para explicar porque uma pessoa morre por suicídio: comportamento suicida é um fenômeno complexo que é influenciado por diversos e interligados fatores - pessoais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais.” (p.11)

No decorrer de todo o presente texto, utiliza-se a expressão comportamento suicida; perante sua reconhecida pluralidade semântica, é importante se destacar que se recorre, prioritariamente, a sua definição filiada

ao campo biomédico e da saúde pública. Assim, por comportamento suicida compreende-se, segundo Botega ¹⁴, importante pesquisador brasileiro do tema:

“Todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. Uma definição tão abrangente possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um continuum: a partir de pensamentos de autodestruição, por meio de ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, por fim, suicídio”. (p.24)

Por esta perspectiva de um *continuum*, tem-se o suicídio como o mais grave e o mais crítico, mas não o único, evento dentro do comportamento autoagressivo. A inserção do comportamento suicida na categoria “lesões autoinfligidas” ou “autoprovocadas” ⁴⁵, além do caráter pragmático e classificatório, sugere preocupação e responsabilidade da OMS, como instituição do setor saúde, para com esse fenômeno complexo e multifatorial. Como ilustra Hawton, Saunders e O’Connor ⁵, o episódio suicídio é a ponta do *iceberg* das autoagressões, muito presentes nas comunidades, mas menos conhecidas ou notificadas pela área da saúde.

Por suicídio, define-se o ato fatal deliberado e executado pelo próprio indivíduo, com intenção de morte, de forma consciente, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal ^{9,21,67}. Essa definição, assim como outras encontradas na literatura, destaca três importantes pontos que caracterizam esse evento: a intencionalidade, a autoperpetração e a crença na fatalidade. Embora haja casos de óbito por lesões autoinfligidas sem ideação suicida ¹, situações onde essa intencionalidade possa ser inconsciente ^{2,64} ou ainda a sobreposição clínica de autolesões com e sem intenção suicida ²⁰ opta-se pelo entendimento inicialmente descrito, para facilitar sua operacionalização conceitual.

A tentativa de suicídio, também descrita como comportamento suicida não fatal ⁶⁸, “nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito.” ² (p.207) Tentativas pregressas representam um dos mais consistentes fatores de risco para um caso de suicídio ^{1,14,19,20,69}. A evidência, mesmo implícita, de um desejo de morte, diferencia as tentativas de suicídio das diversas formas de automutilação ou autoabuso ⁷⁰. Tal distinção é delicada na assistência e traz embates acadêmicos sobre a classificação ou não das autolesões enquanto parte do comportamento suicida ^{1, 19,50,71}.

A definição exposta de Botega, por exemplo, ao relativizar o “grau de intenção letal” vai ao encontro de uma tendência de se evitar a valorização exagerada da intencionalidade ao se pensar o comportamento suicida. Tal tendência é percebida no importante documento e diretriz da OMS (2014) sobre prevenção de suicídio ¹ e justificada, em sua complexidade, pelas características próximas e até sobrepostas que as autoagressões não suicidas têm das tentativas de suicídio e pela possibilidade da ideação suicida poder ser ocultada nestes atos. Além disso, o documento classifica como suicídio, os desfechos de lesões autoprovocadas mesmo sem ideação suicida ou de tentativas de suicídio cuja ideação não se manteve constante entre o início e o seu fim. Entretanto, a última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM 5) ⁷¹, da Academia Americana de Psiquiatria, publicada em 2013, faz clara distinção entre esses fenômenos. Em sua seção final, destinada a condições que requerem estudos posteriores, propõe duas categorias diagnósticas distintas: “Transtorno do Comportamento Suicida” e “Autolesão Não Suicida”. O núcleo dessa separação pode ser assim resumido ⁷¹:

“A diferenciação entre autolesão não suicida e transtorno do comportamento suicida é baseada no objetivo declarado do comportamento como sendo um desejo de morrer (transtorno do comportamento suicida) ou, na autolesão não suicida, experimentar alívio.” (p.805)

Considerando o debate, a distinção entre essas duas categorias deve envolver uma avaliação individualizada, com consequências clínicas e prognósticas diferentes, mas não só não excluí, como reconhece o sofrimento psíquico que ambas situações apresentam. A opção, aqui assumida, é que como dado epidemiológico e de saúde pública, essa sobreposição se justifica, com as devidas orientações e ressalvas.

A ideação suicida representa a base desse *continuum*, com uma gradação de pensamentos sobre o desejo de morte e a vontade de se suicidar, assim como de ações que poderiam trazer esse resultado ^{2,70}. Quando tais ideias são deliberadas e articuladas, tem-se uma fase de planejamento do comportamento suicida ¹, que tende a preceder as tentativas, caso venham a ocorrer.

Obviamente, num fenômeno complexo e multicausal como este, sua estruturação é um modelo hipotético que não pode ser entendido rigidamente. A existência de uma ideação suicida não implica um planejamento e sua tentativa; semelhantemente, a impulsividade pode fazer com que o sujeito acelere a deliberação do ato, antecipando-o ao seu efetivo planejamento. Uma sequência de ameaças ou tentativas de suicídio não caracterizam, de igual modo, que o desfecho morte nunca será desejado ou que não irá ocorrer. A ideação suicida carrega marcas da subjetividade e da coletividade e frequentemente se mostra ambivalente e inconstante ao longo das histórias de vida. Dessa forma, a noção de *continuum* não deve linearizar e restringir a observação desse fato; mas expandir a compreensão de sua multiplicidade e diversidade causal. Acrescenta-se que reflexões existenciais sobre a morte ou mesmo sobre sua própria morte,

se não acompanhadas das características descritas ou ainda se não deflagradores de marcado sofrimento psíquico, não são compreendidas como parte do comportamento suicida^{9,64}.

A partir dessas primeiras definições, numa tentativa de clarificar sua complexidade, este capítulo “Comportamento Suicida” será subdividido em três partes: “Violência e Saúde”, “Abordagens Compreensivas” e “Considerações sobre Infância e Adolescência”. Procura-se abranger, mesmo que superficialmente, alguns de seus principais elementos, privilegiando os que se relacionam com o objeto dessa pesquisa de mestrado. É reconhecida, assim, a impossibilidade desse estudo apresentar uma revisão de todos os aspectos que a temática demanda e pode comportar.

4.1.1 - Comportamento Suicida: Violência e Saúde

Tal qual o comportamento suicida, a violência é um fenômeno complexo que passa pelo julgamento moral de uma sociedade. E assim como na proposição durkheimiana de que existem vários suicídios (1897)⁷², Chesnais (1981), apud Minayo⁷³, faz uma advertência de que o universo da violência é múltiplo e fragmentado, de forma que ela “se apresenta como um fenômeno pulverizado, atingindo a vida privada e a vida pública em todos seus aspectos, os mais visíveis e os mais secretos”. (p.11)

A violência é um fenômeno social e histórico, acompanhando toda a experiência da humanidade, sendo tolerada ou condenada de acordo com a época, o local ou a circunstância avaliados⁷³. De uma forma geral, reconhecem-se nos atos violentos: os conflitos de autoridade, as lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse ou de aniquilamento do outro ou de seus bens^{2,73}. Pelas diversas facetas que apresenta e uma dificuldade de uma única definição que as

englobe, recorre-se aqui a duas conceituações de violência que justificam a discussão do comportamento suicida como um ato de violência.

Agudelo (1997), também citado por Minayo ⁷³, compreende que em sua dinâmica “a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade.”(p.69) A OMS, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) ⁶⁸, define-a como sendo:

“o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (p. 5)

Sendo da ordem do vivido e por se relacionar com forte carga emocional de quem a comete, sofre ou presencia ², o setor saúde incorporou a violência como um elemento da experiência do processo saúde-doença ⁴⁶. Remetendo-se ao objeto desse estudo como exemplo, em dados da OMS ^{2,68}, os anos 2002 e 2012, respectivamente, contabilizaram 815 mil e 804 mil casos de suicídio. Estes números permitiram o cálculo da cifra, largamente divulgada em diversos materiais, técnicos e leigos, de que a cada 40 ou 45 segundos uma pessoa se suicida no mundo ^{1,2,67}.

Avaliando esses dados de 2012, em publicação da OMS de 2014 ¹, o suicídio figurou como 1,4% do total de óbitos, sendo a 15ª causa *mortis* no mundo, representando 50% do conjunto das mortes por violência entre os homens e 71% entre as mulheres. Os coeficientes de mortalidade por suicídio variaram nos países, tendo como média global 11,4 casos a cada 100.000 habitantes (15/100.000 no sexo masculino e 8/100.000 no feminino).

Ao se avaliar a distribuição etária dos casos, há uma redução dos índices na população abaixo de 15 anos de idade e aumento quando na faixa etária

acima de 70 anos, com grande variação entre as regiões do globo. Ainda assim, 75% dos casos encontram-se nos países em desenvolvimento, com o pico de incidência acometendo a população de 17 a 25 anos, aproximadamente (conforme representado na figura 1, a seguir); o que coloca a juventude como um grupo particularmente vulnerável ao comportamento suicida. Dados atualizados, publicados em 2018, indicam o aumento para 79% do total de suicídios no mundo ocorrendo em países em desenvolvimento ⁷⁴. Numa avaliação generalizada das últimas décadas, os índices de suicídio apresentaram um aumento até 1990, seguida de um decréscimo; seus coeficientes mais altos migraram da Escandinávia para países do Leste Europeu, Ásia, África e América Latina.

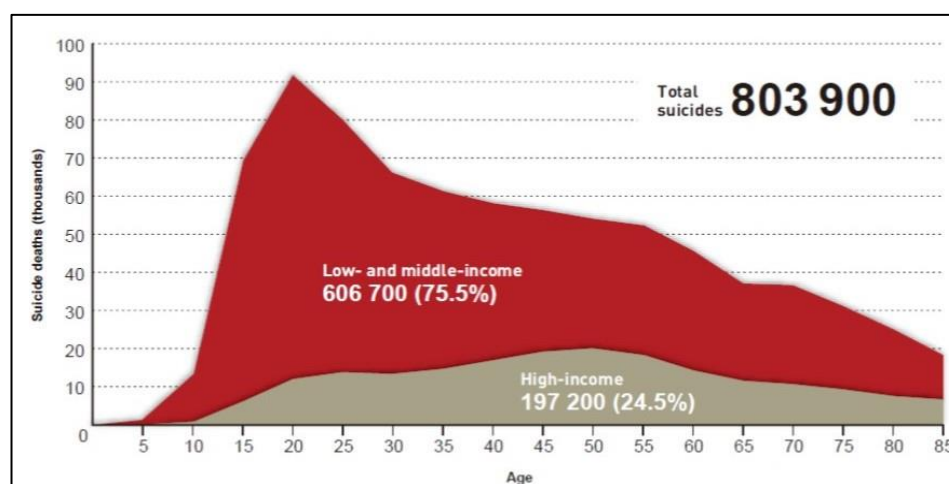


Figura 1 - “Global suicides by age and income level of country, 2012”

Fonte: “Preventing suicide: a global imperative”. WHO, 2014 ¹.

Em comparação com outros países, os dados da OMS revelam que o coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil é considerado baixo: 5,7/100.000 habitantes, com uma relação 3,8:1 entre sexos masculino e feminino^{1,14}. Sendo um país populoso, este índice se traduz no oitavo lugar na lista dos países com maior número de suicídios, sendo Índia, China e Estados Unidos da América os primeiros ¹. Existe uma grande variabilidade regional e

etária nos casos de suicídio no Brasil; recebem destaque: cidades de pequeno e médio porte, as regiões Sul e Centro Oeste, os homens, os idosos e os indígenas ¹⁴. Na realidade brasileira, 51% dos casos de suicídio ocorrem na própria casa da vítima e 26% em ambientes hospitalares; enforcamento, armas de fogo e envenenamento são os principais meios utilizados ^{2,14}.

Dados nacionais mais recentes (2017), divulgados pelo Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde ³⁷, assinalam que: “no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100.000 habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015.” (p.7) Segundo o mesmo boletim, nesse período, a relação entre os sexos masculino e feminino se manteve em torno de 3,6:1; em ambos grupos foi possível perceber aumento no risco de suicídio, com taxas de crescimento de 0,7 e 0,2/100.000 habitantes respectivamente.

Considerando o município do Rio de Janeiro, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) divulgados em documento pela Secretaria Municipal de Saúde em 2016 ⁷⁰, o coeficiente de mortalidade por suicídio é de 3/100.000, índice mantido desde 2010. Apesar de um discreto aumento da incidência em mulheres, permanece um predomínio masculino com uma razão entre homens e mulheres é de 4,4:1,6, em 2014. A grande maioria dos casos ocorreu entre adultos e idosos, destacando-se 25% na faixa etária de 30 a 39 anos e 19% na população idosa.

Na lógica do comportamento suicida como um *continuum*, temos o suicídio como um fato mais facilmente identificado e quantificado como um evento de violência. As tentativas, ameaças e ideação suicida ou ainda as automutilações são eventos dificilmente captados numericamente, apesar de

algumas estratégias mais sistemáticas de quantificação e registro já terem sido propostas ¹⁴. No Brasil, as lesões autoprovocadas sem ideação suicida e as tentativas de suicídio tornaram-se de notificação obrigatória a partir de 2011, nas “fichas de notificação de violência interpessoal / autoprovocada”; os dados passaram a ser um componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (VIVA/Sinan) ³⁷.

Uma proposta anterior de captação desse fenômeno, foi o inquérito populacional e ensaio terapêutico multicêntrico chamado “*Suicide Prevention - Multisite Intervention Study on Suicide*” (SUPRE-MISS), sob coordenação da OMS e lançado em 2002 ^{14,75}. No Brasil, o SUPRE-MISS teve como campo de investigação a área urbana de Campinas (SP) e levou a conclusões bastante reproduzidas na literatura sobre suicídio ^{14,67,70}. Em síntese, o “braço brasileiro” deste estudo demonstrou que ao longo da vida 17% das pessoas teriam ideação suicida, 5% fariam um planejamento suicida e 3% tentariam se matar. Das tentativas apenas 1/3 receberam atendimento hospitalar (conforme esquematizado graficamente na figura 2, na página seguinte). Embora não se possa concluir que todo caso de suicídio é acompanhado por 17 casos de ideação suicida, esses dados sinalizam para a relevância que o comportamento suicida tem no processo saúde e doença.

A despeito da subnotificação, pelos diferentes tabus sociais e pela inadequação dos registros, assim como da afirmação de estudiosos de que há “suicídios fantasmas” ⁴⁸, os dados apresentam magnitude importante, revelando um grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial ^{1,14}. É por este importante impacto e possibilidades de discussão e prevenção, que o

comportamento suicida precisa ser estudado como violência e um problema de saúde individual e de saúde pública.

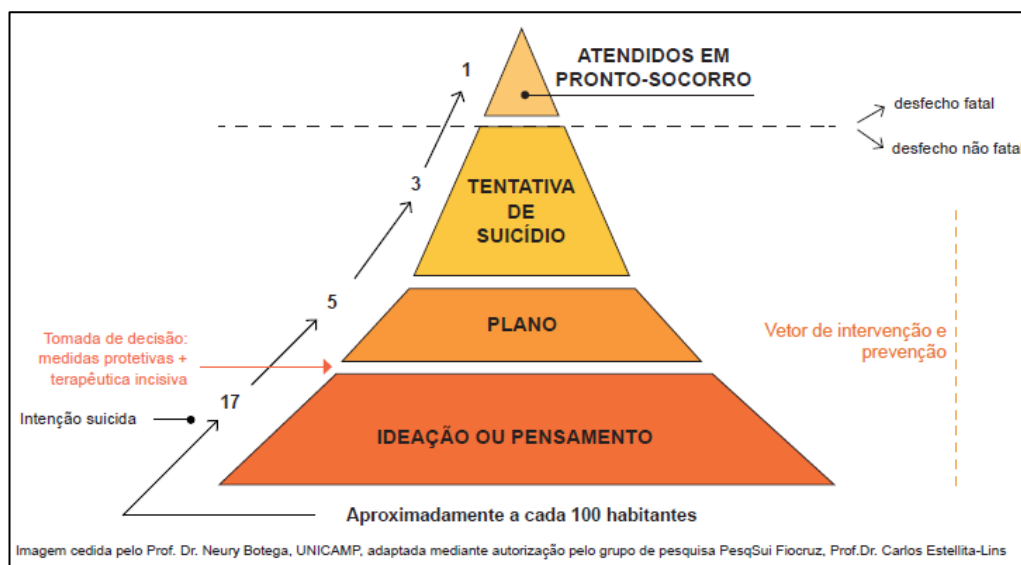


Figura 2 - Prevalência do comportamento suicida na região urbana de Campinas

Fonte: “Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção”. SMSRJ, 2016 ⁷⁰.

Conforme Minayo elucida em “Violência e Saúde” (2006) ⁷³:

“Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.” (p.45)

Quando se considera esse impacto, é reconhecida a magnitude das lesões violentas na saúde dos brasileiros. A transição demográfica (com a redução do crescimento vegetativo e o aumento da longevidade) e a transição epidemiológica, ambas experimentadas nas últimas sete décadas, criaram o cenário para um novo perfil de saúde e de doença no país. Nesse contexto, desfechos de causalidade externa, assim como enfermidades crônicas e degenerativas, ganharam mais destaque, exigindo novas abordagens para e

sobre o viver, o adoecer e o morrer. A violência, que já era tão impregnada no cotidiano dos grupos sociais, passou a ser alvo de intervenção e de prevenção.

Uma consideração interessante e elucidativa trazida pelo setor saúde para a abordagem da violência é a correlação das suas raízes com o modelo de desenvolvimento humano e social. A partir do modelo ecológico e sua teoria da causalidade complexa (“onde tudo é causa e causador”), quatro níveis de explicação e, logo, de intervenção são propostos ². No primeiro nível estão os fatores biológicos e pessoais, no segundo os relacionais, no terceiro os comunitários e no quarto nível os fatores sociais mais amplos, que contextualizam os índices de violência ^{2,68}.

Esse modelo dialoga com a classificação operacional da violência também proposta pelo setor saúde, dividindo-a por tipologia e natureza ^{2,73}. São três os tipos: violências autoinfligidas (que como exposto anteriormente incluem o comportamento suicida e os autoabusos), violências interpessoais (intrafamiliar e comunitária) e violências coletivas (âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos e do Estado). A natureza da violência pode ser expressa em quatro modalidades (abusos ou maus tratos): física, psicológica, sexual e abandono, negligência ou privação de cuidados.

O comportamento suicida, assim, pode ser considerado pela área da saúde como uma violência autoinfligida e de natureza física e/ou psicológica. Mesmo sendo a mesma pessoa quem comete e sofre a violência, seu impacto não é restrito a ela, expandindo-se em seu entorno. Em se tratando do suicídio, pelo menos outras cinco ou 10 pessoas são diretamente afetadas por esse ato,

os chamados sobreviventes do suicídio ou enlutados, que passam também a demandar cuidados de saúde ^{14,52}.

A complexidade e as características dos fenômenos da violência e do comportamento suicida, em especial o fato de caminharem ao lado de vários outros agravos à saúde, faz com que ambos fenômenos, embora inseridos no processo saúde-doença, careçam de abordagens mais específicas e múltiplas. Algumas destas abordagens foram selecionadas e são expressas no próximo capítulo.

4.1.2 - Comportamento Suicida: Abordagens Compreensivas

Numa tentativa de compreensão do fenômeno do comportamento suicida, propõem-se, para esse projeto, breves ponderações sobre quatro abordagens explicativas: a nosológica, a psicológica, a sociológica e a histórico-social. Tal categorização é reconhecidamente limitada, não sendo possível restringir a explicações disciplinares o que já foi definido como complexo e multifacetado ⁶⁴. Além de haver uma sobreposição previsível dos modelos, cada um é vastamente estudado, sendo aqui indevida a pretensão da sua reprodução, descrição e revisão. Como introduz Sampaio em livro resultante de sua pesquisa sobre “o adolescente e o suicídio” ⁵⁰:

“Situação complexa e multideterminada, o estudo do suicídio exige esforços conjugados de especialistas de diversos ramos de modo a que o resultado final não constitua apenas uma visão muito parcelar da realidade.” (p.21)

A proposta, que segue em concordância com a encontrada em outros textos ^{2,14, 15,16,50}, objetiva mapear pontos de visão e de inquietude que circundam essa temática, ampliando o leque de respostas e de possíveis diálogos que se propõem na investigação no campo.

4.1.2.1 - Abordagem Nosológica

Dentro do modelo nosológico, também identificado como biológico, uma propensão biológica, ou seja, na natureza corporal do indivíduo, justifica sua susceptibilidade ao comportamento suicida. Como grande marcador dessa teoria, estão os transtornos psiquiátricos, com maior destaque à depressão ⁷⁶. Embora os textos médicos não afirmem que esses transtornos sejam exclusivamente de origem biológica, enquanto diagnósticos são construídos da biomedicina, predominantemente. A literatura psiquiátrica é robusta na correlação de que em 90% dos casos de suicídio há um transtorno mental associado, sendo que em 50% desses, essa associação se deu nos dois anos anteriores ao desfecho fatal ^{1,5,14,21,48,77,78}.

Os diagnósticos mais associados ao suicídio são os transtornos de humor (depressão e transtorno bipolar), transtornos associados ao uso de substâncias, transtornos de personalidade e esquizofrenia. Estes dados foram compilados e mundialmente divulgados a partir da revisão de 31 artigos científicos entre 1959 e 2001, englobando 15629 suicídios, numa metodologia investigativa de autópsia psicológica ⁵¹. Quando consideradas comorbidades psiquiátricas, a associação de transtornos de humor com transtornos de uso de substâncias (principalmente depressão e alcoolismo) trouxe correlação ainda mais consistente para o desfecho em questão ⁵¹.

Assumindo que a discussão de critérios diagnósticos e proposições terapêuticas extrapola os objetivos desse texto, algumas características psicopatológicas presentes nesses quadros e mais fortemente correlacionadas ao comportamento suicida são elencadas ^{14,19,78}. Dentre elas, tem-se: impulsividade (descrita como significativo fator de risco para comportamento

suicida em geral, sendo preditor reconhecido pela OMS junto com acesso aos meios)¹; desamparo e desesperança; anedonia; irritabilidade e agressividade; rigidez cognitiva e prejuízo na capacidade de resolução de problemas. De forma múltipla, tais sintomas podem ser identificados em diversas combinações com temperamentos, personalidades, idades e níveis de desenvolvimento, apresentando-se em quadros clínicos diferentes e sob variáveis contextos. Ainda assim, é possível correlacionar tais características como fatores de risco para o comportamento suicida.

Como explicação neurobiológica dos transtornos mentais em relação ao comportamento suicida, citam-se três pontos de destaque ^{19,77,78}: a desregulação serotoninérgica (principal modelo biológico em estudo desde a década de 1960); a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a função do cortisol; as questões genéticas e a biologia molecular. Embora seja reconhecida a influência da hereditariedade na conduta suicida, esta não ocorre de forma unidirecional por um gene específico. A compreensão da expressão genética, pela ativação ou desativação de determinados genes por processos moleculares a partir de fatores ambientais, é uma linha explicativa que tem recebido maior atenção pelo campo biomédico ¹⁴. A epigenética, como é denominada, consegue valorizar e integrar à biologia molecular, os processos fisiológicos, as experiências traumáticas e a susceptibilidade ambiental ¹⁹.

Apesar das críticas a essa associação entre comportamento suicida e transtornos mentais, conforme descrito ao longo desse trabalho, as teorias biológicas permitiram uma possibilidade de intervenção, ao reconhecer a consideração do sofrimento psíquico como uma das responsabilidades da área da saúde. O modelo biológico, assim, tem embasado muitas das estratégias de

prevenção de saúde assim como sua promoção, a abordagem e a posvenção do comportamento e da crise suicida, justificando a difusão da temática junto aos médicos em formação profissional ^{9,16,48}.

4.1.2.2 - Abordagem Psicológica

O modelo psicológico se aproxima do biológico por compreender o comportamento suicida resultante de desordens psíquicas; a principal diferença entre os dois decorre da forma como esse sofrimento é entendido, categorizado e abordado. Prevalece na compreensão de ambos, uma perspectiva individual e subjetiva sobre uma social e coletiva. As teorias psicológicas, para facilitar essa explanação, podem ser segmentadas em três vertentes não excludentes: psicodinâmicas, cognitivas e sistêmicas ^{14,16}.

A análise intrapsíquica, o reconhecimento das experiências traumáticas e a valorização do inconsciente predisuseram a uma “visão micro” e psicodinâmica do psiquismo dos sujeitos ¹⁶. Freud, em “Além do princípio do prazer” (1920), propõe uma concepção da natureza humana regida por duas tendências essenciais: Eros (pulsão que conduz à vida, ao crescimento, à reprodução) e Tanatos (pulsão que conduz à morte, à destruição, ao aniquilamento). Para o fundador da psicanálise, o equilíbrio entre essas duas pulsões seria primordial e veio a corroborar sua compreensão inicialmente exposta sobre o suicídio em o “Luto e Melancolia” (1917). Nesta obra, Freud postula que o melancólico, numa atrofia libidinal aos objetos externos, faz de si o seu luto, investindo o seu potencial agressivo contra sua própria pessoa. A melancolia seria uma predisposição ao suicídio e neste a pulsão de morte prevalece sobre a de vida ^{14,15,16,50}.

Contemporâneo a Freud, Ferenczi entende que a dor psíquica se aproxima da experiência de morte, sendo uma desagregação de si, fortemente associada ao que é traumático. O traumático representa, em continuidade ao formulado por Freud, aquilo que não carrega uma atribuição de sentido, que não pode ser processado em sentimentos e palavras. Dessa forma, as vivências pessoais traumáticas são mais bem entendidas como participantes no adoecimento psíquico, sendo o comportamento suicida uma ausência de recursos para o enfrentamento dessa dor ¹⁴.

Uma década após Freud e Ferenczi, em 1938, Karl Menninger publicou “O homem contra si próprio”, obra importante na literatura psicanalítica, onde descreve três desejos que encerrariam o ato suicida: o de matar, o de ser morto e o de morrer. Menninger reafirma a ideia freudiana de que o suicídio é um homicídio, mas suas descrições e formulações permitem uma compreensão para além de um dualismo pulsional, fomentando maiores explicações clínicas ^{14,16,50}.

Já em meados do século XX, Lacan, último psicanalista aqui considerado, possibilita duas compreensões importantes para as tentativas de suicídio, ao entendê-las como “*acting out*” e “passagem ao ato”. Na primeira, o sujeito em angústia, cria uma cena para a sua própria atuação se colocando nela, em apelo, numa demanda de amor e reconhecimento. Nesse caso, a tentativa de suicídio não objetivaria a morte, compreensão de grande validade para a clínica e assistência. Na passagem ao ato, o sujeito em sofrimento se identifica com esse ato, sendo obrigado a sair de cena; o objetivo deixa de ser a cena e passa a ser a morte ¹⁴.

Nas teorias cognitivas, o comportamento suicida é entendido como uma forma de esquiva, na qual se evita uma situação de sofrimento pela

autoprovação de um ato violento ^{14,16}. As proposições cognitivas, dentro de sua estruturação e pragmatismo replicáveis, são bastante validadas pelo campo biomédico. São reconhecidas como fundamentais para a construção de instrumentos psicométricos e escalas de avaliação e seguimento de pacientes com comportamento suicida, como a Escala de Depressão de Beck, Escala de Intenção Suicida, Escala de Desesperança ^{77,78,79}.

Pelas ideias cognitivistas, a desesperança está no núcleo esquemático dos indivíduos suicidas, com estratégias pobres e inadequadas de enfrentamento (*copping*) de crises e sofrimento. Estes mecanismos de *copping* pouco adaptativos também se associam a uma rigidez cognitiva, que se polariza e dicotomiza o pensamento diante dos problemas. Com isso, as distorções cognitivas prevalecem no direcionamento das ações desses sujeitos, como exemplo, tem-se como o pensamento dicotômico, sentimentos de catástrofe, abstração seletiva e racionalização emocional ^{14,16}.

A teoria cognitiva também introduziu o modelo “diátese-estresse-desesperança” (Schotte e Clum, 1982), valorizando o papel de gatilhos (estressores) como descompensadores de organismos vulneráveis, sendo a desesperança seu produto ¹⁶. Os vários desdobramentos da teoria cognitiva têm apresentado grande auxílio clínico na abordagem do comportamento suicida ⁷⁸.

A teoria sistêmica, dentro do modelo psicológico, dialoga com o pensamento sociológico, reconhecendo que o comportamento suicida não só desperta estranheza e perplexidade nos grupos sociais, mas é influenciado por eles ⁵⁰. Na prática assistencial a pacientes que tentaram o suicídio, evidenciam-se os conflitos relacionais destes com suas famílias, amigos e comunidades, permitindo uma compreensão desses atos como tentativas de comunicação. De

fato, são comunicações, mas que provavelmente não atingem sua função plenamente^{2,39,50}.

Pelo modelo sistêmico, não se trata de direcionar, à família ou ao grupo social mais próximo, a responsabilidade do comportamento suicida cometido por um indivíduo ou reconhecê-los como simplesmente disfuncionais. Mas assumir a importância da interpessoalidade e a de que um sintoma não é apenas uma disfunção individual, mas também sistêmica; e que como tal, deve-se buscar por coerência e equilíbrio entre todos os elementos desse sistema^{16,50}. Aproximando-se do modelo biológico, as teorias sistêmicas defendem uma transmissão de pautas, padrões e valores familiares, não apenas por mecanismo genético e molecular, mas através da lógica social e cultural. Uma “comunicação suicida”, dessa forma, tende a ser encontrada transgeracionalmente, sendo uma consideração importante na abordagem desse sistema em suas partes e em seu todo^{14,39,50,53,80}.

4.1.2.3 - Abordagem Sociológica

O modelo sociológico tem na obra de Émile Durkheim sua principal referência para a explicação do comportamento suicida. Em 1897, o sociólogo francês publicou “O suicídio: um estudo sociológico” introduzindo uma vertente social para compreensão do fenômeno, através da avaliação da relação indivíduo e sociedade. Durkheim reconheceu a intencionalidade e as motivações individuais no ato suicida, mas propôs que para seu entendimento, haveria que se analisar o contexto social dos suicidas, colocando o suicídio como um fato social^{15,16,17,80}.

Assim, através das dimensões integração (as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo) e regulação (requisitos normativos e morais do grupo exigidos para esse pertencimento) sua tese apresenta quatro tipos de suicídio ¹⁶:

- suicídio egoísta: que revela baixa integração do indivíduo na sociedade;
- suicídio altruísta: que mostra alta integração do indivíduo na sociedade;
- suicídio anômico: que evidencia baixa regulação da sociedade;
- suicídio fatalista: que demonstra alta regulação da sociedade

O suicídio anômico decorre de um conceito central de Durkheim “anomia”, que significa uma “perda de normas, segurança, estabilidade e amparo, consequência de um estado patológico da sociedade.” ¹⁶ (p.186) As rápidas transformações das sociedades industriais europeias no final do século XIX, criando espaços intermediários de ausência de regulamentação e onde as partes do organismo social não coadunavam entre si, um desequilíbrio extremo, foram o contexto histórico dessa elaboração conceitual ¹⁵. Durkheim defende que as crises perturbam a ordem coletiva e individual, sejam crises financeiras ou de prosperidade.

“Qualquer ruptura de equilíbrio, ainda mesmo que dela resulte um bem-estar maior e uma vitalidade geral, incita à morte voluntária. Todas as vezes que se produzem no corpo social graves modificações, sejam elas devido a um súbito movimento de crescimento ou a um cataclismo inesperado, o homem mata-se mais facilmente.” ⁷² (p.282)

Nesse contexto, o autor justifica que cada grupo social apresenta uma tendência específica de suicídio, sendo este entendido e justificado coletivamente ¹⁷. O aumento anormal dessa tendência foi denominado por ele como “corrente suicidógena”, sendo explicado pelas crises que acometem as sociedades em determinado momento histórico ².

Embora descrevendo os fatores macrosociais, as ideias durkheimianas podem ser incorporadas à compreensão sistêmica do comportamento suicida⁵⁰. Microsociologicamente, a instituição familiar é um núcleo de extrema relevância social, neutralizando as desintegrações e anomias, sobretudo na adolescência e juventude. Como apresentado em manual do Ministério de Saúde do Brasil², o aumento das taxas de suicídio nessa faixa etária frequentemente está associado

“às situações de bruscas mudanças no quadro social à falta de perspectiva quanto ao futuro. Os jovens suicidas tendem a introjetar as anomias, conceito durkheimiano, para falar da desagregação social; das contradições trazidas pelo excesso de rigidez no meio por eles frequentado ou da falta de esquemas referenciais para dar respostas a suas interrogações e necessidades sociais presentes e futuras.” (p.221)

O modelo explicativo sociológico apresenta outros desdobramentos e teóricos que não são abordados por esse texto. Optou-se por citar Durkheim, autor cardinal e ainda de referência significativa para a compreensão desse fenômeno⁴³. Fundando-se nas proposições durkheimianas, é mais fácil compreender a advertência de Prats (1987), citado por Sampaio⁵⁰, quando refuta o vigente ímpeto explicativo sobre o comportamento suicida:

“não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista o suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o significado após a morte.” (p.29)

4.1.2.4 - Abordagem Histórico-social

Uma abordagem compreensiva do suicídio deve considerá-lo também como uma construção histórico-social, tal como a violência, com diferentes representações nas sociedades^{2,17,64}. Embora nos grupos ocidentais e culturas de origem judaico-cristãs, o tirar a própria vida tenha conotação negativa e seja

um comportamento proscrito, isso não se apresenta de uma forma patológica ou transgressora em alguns registros culturais, como ilustrados a seguir.

Em grupos como os esquimós e samoanas, o suicídio é aceito e estimulado para os velhos e adoentados ². Na Índia Antiga, era praticado o *suttee* (sati), costume no qual as viúvas se enterravam vivas com seus maridos mortos, perpetuando a vida em outra dimensão ¹⁵. Na cultura samurai, o *seppuku* (haraquiri), é descrito a partir do século XII, transformando-se em tradição dos guerreiros até o século XVIII. Com rituais específicos, buscava-se uma morte honrosa e conformada aos valores morais e autorizada numa bravura pessoal. Embora não mais concebido pela atual configuração histórico-social do Japão, é possível estabelecer uma influência cultural que essa tradição traz aos jovens japoneses no lidar com o comportamento suicida ¹⁵.

Tendo como referência apenas o mundo ocidental, é também possível perceber variações históricas. Na Grécia Antiga, cada escola filosófica apresentava uma concepção: da liberdade à proibição ao suicídio ². Na Roma Clássica, igualmente, não houve concordância sobre a sua aceitação ou rejeição social, o que veio a mudar drasticamente com o fortalecimento da fé cristã. No século IV, o discurso da Igreja Católica tornou-se enfaticamente contrário ao suicídio e aos suicidas; Santo Agostinho defende que o suicídio contraria o sexto mandamento divino do pentateuco (“Não Matarás”), prevalecendo sua concepção pecaminosa pelo cristianismo ^{2,15}.

Na Idade Média, permanece a ideia proibitiva do suicídio pela Igreja, reafirmada pela Súmula Teológica de São Tomás de Aquino que declara ser o ato um atentado contra Deus, dono e autor da vida. Passados tantos séculos, destaca-se a influência da percepção da moral cristã, que, ainda na

contemporaneidade, influencia no modo como as sociedades lidam com os corpos dos suicidas ^{15,17}. O período do Renascimento floresce com ideias mais pluralistas e contraditórias sobre o suicídio, sendo este novamente afirmado como pecado pela Reforma Protestante, que o vinculou a atos demoníacos ².

Posterior ao período da Reforma, no século XVII, as regras e leis jurídicas começam a ganhar espaço na compreensão do suicídio, iniciando sua criminalização para o controle e organização social ^{2,17}. A evolução social a partir do século XVII, as influências iluministas e a participação biomédica na reflexão do suicídio são abordadas posteriormente, no capítulo 4.2.

4.1.2.5 - A Suicidologia de Shneidman

Conclui-se este apanhado de abordagens compreensivas acerca do comportamento suicida recorrendo-se a um último autor, considerado o pai da suicidologia. Edwin Shneidman, psicólogo americano e importante investigador na área do suicídio e da tanatologia, destacou-se na proposição de um entendimento integrado do suicídio, influenciando positiva e pragmaticamente suas abordagens acadêmica e clínica ^{14,16}.

Embora ganhe complexidade ao longo de suas obras, sua definição toma corpo a partir de um modelo cúbico com três variáveis: o “cubo suicida de Shneidman” (1987) ¹⁶. Para o autor, o desfecho suicida é o “resultado final da confluência de um máximo de dor, um máximo de perturbação e um máximo de pressão.”¹⁶ (p.200) Por dor, o autor considera a dor psicológica, frustração pelas necessidades básicas da vida não supridas; perturbação significa qualquer distúrbio como as distorções cognitivas ou automutilações, por

exemplo. E pressão é entendida como as vivências e fatos da vida, individual ou coletiva ¹⁶.

Um outro conceito desenvolvido pelo autor e que tem forte tonalidade psicodinâmica, foi *psychache*, que designa o estado psíquico de alguém prestes a se matar, de crise, do desespero de uma dor intolerável e intensa turbulência emocional. A ideia do desespero associada à desesperança se aproxima da teoria cognitiva e tem possibilitado terapeutas e psiquiatras a desenvolverem estratégias e ferramentas para o manejo de tais crises; na *psychache*, o estado de constrição impede o sujeito de definir ações para enfrentar seus próprios problemas, vendo o suicídio como uma saída para sua extrema dor ^{14,16}.

Embora afirme que mesmo a suicidologia seja incapaz de uma formulação universal ao suicídio, dadas as singularidades que envolvem este fenômeno, Shneidman elaborou dez generalizações possíveis, a partir da prática assistencial ^{14,16}:

- propósito: procura de solução para a dor psíquica;
- objetivo: cessar o fluxo da consciência;
- estímulo: dor psicológica intolerável;
- estressor: frustração das necessidades psíquicas;
- emoção: desesperança e desamparo;
- estado afetivo: ambivalência;
- estado cognitivo: rigidez e constrição;
- ação: escape e fuga;
- ato interpessoal: comunicação de intenção;
- consistência: padrão de *copping* existente.

O desenvolvimento da metodologia das autópsias psicológicas também é um grande legado deixado pelo suicidólogo e tem permitido uma maior integração, compreensão e produção de conhecimento sobre comportamento suicida pelo mundo ⁴⁷.

4.1.3 - Comportamento Suicida: Considerações sobre Infância e Adolescência

O conceito de comportamento suicida na infância e na adolescência segue a proposta para as outras faixas etárias: um espectro que compreende a ideação, a ameaça, a tentativa e o suicídio consumado ^{9,19,21,23}. Neste grupo, a discussão sobre a pertinência ou não da inclusão de todas as tipologias de autoagressões no *continuum* suicida se torna ainda mais relevante, devido a sua marcante prevalência em adolescentes, facilmente identificada na contemporaneidade ¹⁹.

A classificação segmentada destes fenômenos, segundo proposta anunciada pelo DSM 5, tende a dificultar a compreensão e a abordagem clínica de jovens em sofrimento psíquico, colocando as manifestações de autoagressão como um diagnóstico isolado (Autolesões Não Suicidas) ⁷¹. Mesmo que sem ideação suicida expressa, sua apresentação em si não deveria configurar uma entidade diagnóstica à parte, pela própria diversidade sintomática e prognóstica que pode encerrar. A experiência da primeira lesão autoprovocada é única e diferente de todas as seguintes que cada sujeito venha a vivenciar ¹⁹. O engajamento na repetição desse mecanismo psicopatológico de alívio de tensões e de sofrimento segue influências diversas; pode-se ter sua interrupção, o desenvolvimento de um padrão sem ideação suicida ou ainda uma evolução a tentativas de suicídio ou mesmo para o desfecho fatal ¹⁹. Assim, problematizar e contextualizar as especificidades das autoagressões e da violência, torna-se

fundamental na prática clínica dos que assistem crianças e adolescentes. Evitam-se assim generalizações que favoreçam a desautorização do sofrimento psíquico ou ainda sua precocidade diagnóstica^{9,23,46,56}. As definições inerentes ao *continuum* suicida não sofrem alterações conceituais, mas devem respeitar os desenvolvimentos esperados para cada idade.

Retoma-se aqui a conceituação de suicídio descrita anteriormente destacando-se a expressão “que acredita ser letal”. Além de denotar as variações cognitivas possíveis numa população, esta expressão contém a informação de que o entendimento de si e das circunstâncias variam no desenrolar normal e esperado do desenvolvimento. Assim, a avaliação da intencionalidade e da letalidade deve respeitar a compreensão de que a criança ou o adolescente tem do mundo que o cerca^{21,23,81}.

Um ponto crítico a ser ponderado encontra-se na própria definição de morte: quando uma criança ou um adolescente conseguem ter consciência e clareza acerca desse conceito para que seus desejos e atitudes possam ser caracterizados como suicidas? Segundo Torres (1999), apud Assumpção e Kuczynski²³, três atributos devem ser reconhecidos no evento morte para sua completa assimilação, respeitando as variações culturais e religiosas: irreversibilidade, disfuncionalidade e universalidade. Irreversibilidade é a impossibilidade de mudança no curso biológico da morte; disfuncionalidade é a cessação das funções vitais biopsicossociais de um indivíduo quando de sua morte; universalidade é a certeza de que todos os seres vivos morrem. Dessa forma, decorrente do fluxo do seu desenvolvimento, as crianças vão construindo ativamente e correlacionando conceitos⁸², como a separação entre seres

animados e inanimados, a percepção do tempo, a lógica da causalidade, permitindo sua compreensão acerca do fenômeno morte ²³.

Concebendo-se os marcos normatizados e padronizados de desenvolvimento infantil, uma criança entre sete e nove anos tem condições de compreender a morte ⁸¹; a universalidade e a irreversibilidade como conceitos alcançados pelas habilidades verbais e a disfuncionalidade decorrente das experiências pessoais ²³. Como as vivências e as relações sociais são condições primordiais ao desenvolvimento humano ^{30,82}, é evidente que o contato com a morte de seres vivos próximos e relevantes (pessoas ou animais), com a violência urbana (a exposição de corpos mortos) e o adoecimento e a hospitalização (da própria criança, principalmente em condições crônicas e complexas de saúde ³⁴, ou de seu familiar) podem antecipar essa compreensão e intervir nela. As influências culturais, por mitos e práticas religiosos, também modulam essa concepção infantil, podendo a morte e sua relação com os mortos serem mais presentes no cotidiano, nos costumes e nas fantasias de alguns infantes.

Desejar a própria morte, por conseguinte, implica esse rol de percepções e conhecimentos, devendo ser pormenorizada a cada caso. Um evento de autoagressão ou um relato verbal de ideação suicida, por exemplo, podem estar inseridos em um grande sofrimento, mas sem o arcabouço contextual e conceitual da morte. Uma criança pode afirmar que gostaria de morrer como se vida e morte fossem realidades magicamente intercambiáveis, assim como um adolescente tende a se aproximar de especulações existenciais sobre a sua morte e seus papéis sociais; em nenhuma destas duas situações descritas, seria possível se afirmar, de antemão, uma ideação suicida. Por isso se justifica que

uma categorização diagnóstica estática possa fomentar mais confusão do entendimento do que interpretações adequadas do comportamento suicida no público infantojuvenil, desvalorizando a sensibilidade e cuidado que a temática demanda para clínicos e pesquisadores. Nesse horizonte, Mishara ponderou que o entendimento inicial sobre o suicídio na infância pode anteceder a incorporação e o uso de seu léxico pelas próprias crianças. A conversa com os pares e a influência da mídia mostram-se ser canais mais relevantes do que o diálogo com pais e professores para a construção do conceito pelas crianças ^{81,83}.

De forma semelhante ao reportado na população geral, as taxas de suicídio em crianças e adolescentes divergem consideravelmente ao longo do globo ^{1,19}. Além de características socioculturais, esta variação reflete diferentes condições de registro e apuração dos dados de mortalidade, fazendo com que comparações devam ser cautelosas e críticas ¹. Dentro de um mesmo país, encontram-se flutuações nas taxas e nos registros. Na infância e na adolescência, há ainda maior dificuldade na definição estatística de um caso de suicídio; ainda assim, serão apresentados alguns destes dados epidemiológicos, usando-se o ato suicida como *proxy* do seu espectro.

Segundo os dados do “*Preventing Suicide: a global imperative*” ¹, existe um aumento significativo da incidência de suicídio quando se atinge a faixa etária “15 a 24 anos”, comparado com a faixa anterior “5 a 14 anos”. Não é errado, assim, colocar a adolescência como um grupo de vulnerabilidade em relação à infância. Mas é preciso problematizar tal afirmação. A primeira diz respeito ao conceito de adolescência, especificamente, os anos que a compreendem, algo que pode variar na literatura médica ^{84,85}. O segundo ponto é a variação normal de desenvolvimento compreendido por esses dois grupos etários, abarcando

fases emocionalmente diversas^{50,84}, sendo difícil precisar como se distribuí o risco no intervalo de “5 a 14” e “15 a 24” anos.

Assumindo que a adolescência, cronologicamente, é uma fase entre a infância e a vida adulta, é possível se compreender que o risco de um evento de suicídio aumenta conforme um sujeito se torna adolescente. O que é coerente com as características biológicas, psíquicas e sociais que a contemporaneidade compreende por adolescência^{84,85,86,87,88}. Adolescência pode ser analisada como um período de importantes mudanças fisiológicas e de ajustes psicossociais; uma transição simbolizada pela puberdade e acompanhada de conflitos psíquicos que conferem vulnerabilidade para o comportamento suicida. A dificuldade classificatória é, portanto, assumir que esta mudança se estabelece aos 15 anos, principalmente considerando a “assincronia maturacional” presente na adolescência^{85,87}. Compreendendo que os dados apresentados no manual da OMS¹ são gerais e precisam destas relativizações e problematizações, é possível o diálogo com eles.

De forma geral, mais meninos do que meninas morrem por suicídio, exceções são China e, possivelmente, a Índia^{1,19}. Em diferentes países, grupos étnicos minoritários compreendidos como “primeiros povos ou primeiras nações”, como sociedades indígenas nas Américas e aborígenes na Oceania, representam uma vulnerabilidade juvenil maior para a suicidalidade^{1,19,21,37}. Tendo em vista a realidade brasileira, é possível se identificar epidemias de suicídios entre jovens indígenas, observadas principalmente a partir de 1980. Como exemplos dessa questão, tem-se a comunidade Guarani (MS), o grupo Sorowahá (na região amazônica) e os grupos de diferentes etnias indígenas habitantes em São Gabriel da Cachoeira (AM), no alto do Rio Negro^{1,14,89}.

De acordo com os dados registrados em 2012 e publicados em 2014 pela OMS ¹, O Brasil apresenta uma taxa de mortalidade de suicídio de 6/100.000 habitantes na população geral, sendo 0,4 e 6,7/100.000 nas faixas etárias “5-14” e “15-29” anos, respectivamente. No primeiro grupo etário, a relação menino:menina é de 1:1, sendo de 4,1:1 no segundo grupo. Em outros países, como exercício ilustrativo, encontram-se as seguintes taxas nestes grupos etários, respectivamente: Coreia do Norte 3,3 e 33,2/100.000; Guiana 2,9 e 29,7/100.000; Bielorrússia 0,9 e 20,1/100.000; China 0,5 e 4,2/100.000; EUA 0,8 e 12,7/100.000; Argentina 1,1 e 13,8/100.000.

Números do Ministério da Saúde do Brasil do ano base 2011, divulgados em 2014 e apresentados por Botega ¹⁴, revelam que neste ano houve cinco óbitos por suicídio em crianças de 5 a 9 anos (quatro meninos e uma menina) e 773 óbitos no grupo de 10 a 19 anos (sendo 487 de meninos e 246 de meninas). Esta subdivisão etária permite maior coerência interna e homogeneidade entre os grupos, caracterizando melhor o risco da adolescência para esse tipo de morte violenta. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017, apontou 897 óbitos por suicídio nos subgrupos 10 a 14 e 15 a 19 anos em 2016, com taxa de mortalidade de 1,7 e 8,6/100mil habitantes respectivamente ³⁷. A adolescência, considerando o grupo de meninas e meninos de 10 a 19 anos separadamente, representa 25,9 e 19,6% do total das autolesões não suicidas notificadas entre 2011 e 2016 ³⁷.

Outra discussão sobre suicídio a partir de dados nacionais, é feita no “Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil” ⁴; tendo como marco da juventude a população na faixa etária de 15 a 29 anos e registros epidemiológicos de 2012, o autor analisa alguns dados sobre homicídios, acidentes de trânsito e suicídios.

Considerando a juventude brasileira, 71,1% da sua mortalidade é por causalidade externa. Do total das mortes: 38,7% eram homicídios, 19,7% acidentes de trânsito e 3,7% suicídios. Um percentual de causas desconhecidas pode significar eventuais casos de comportamento suicida subnotificados ou não reconhecidos ¹⁴.

Como características do suicídio da juventude no Brasil, destacam-se: crescimento das taxas nas Regiões Norte e Nordeste, o fenômeno de interiorização da violência, a notável questão da suicidalidade indígena e a ausência de uma cultura de suicídio, como visto em países orientais e do Leste Europeu ^{4,37}. Comparando-se as taxas de mortalidade por suicídio na população jovem com a não-jovem (menores de 15 e maiores de 29 anos) é preponderante a vitimização juvenil na maioria das unidades federadas do país ⁴. Na juventude indígena, dados oficiais brasileiros reportam que, entre 2011 e 2015, as mortes autoinflingidas representaram cerca de 45% e 30% do total de óbitos por suicídio nas faixas etárias 10 a 19 anos e 20 a 29 anos, respectivamente ³⁷. Publicação de 2018 do Ministério da Saúde apontou o crescimento das taxas de suicídio de adolescentes e de jovens negros no país, entre os anos de 2012 e 2016, alertando para a vulnerabilidade desse grupo racial ⁷⁴.

Este breve olhar epidemiológico permite situar o comportamento suicida como relevante para a avaliação global da saúde de crianças e adolescentes, como já explicado nas justificativas desta dissertação. Como esse grupo vive em contextos diversos, os números e taxas devem ser especificados localmente em qualquer política que se pretenda eficaz.

Para uma explanação elucidativa da compreensão clínica do comportamento suicida infantojuvenil, retomando algumas das abordagens

compreensivas descritas anteriormente no capítulo 4.1.2, recorre-se a um modelo gráfico (figura 3, apresentada a seguir) reconhecido na literatura da psiquiatria da infância e adolescência, tendo sido proposto por Hawton, Saunders e O'Connor (2012) ⁵. O modelo pretende organizar o que a psiquiatria define como os fatores de risco para esse fenômeno, facilitando formulações hipotéticas, descritivas, compreensivas e de atuação, para clínicos e pesquisadores. No decorrer dos próximos parágrafos, grifam-se, em **negrito**, as categorias que agrupam estes fatores de risco e que são indicadas nessa figura.

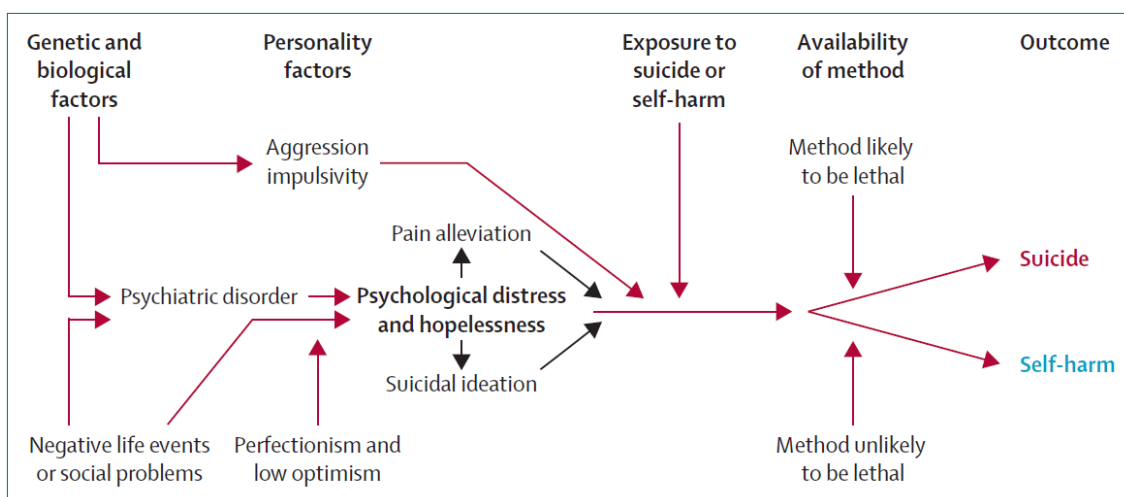


Figura 3 - “Key risk factors for adolescent self harm and suicide”

Fonte: “Self harm and suicide and adolescents”. Lancet 2012, 379;2372-82 ⁵.

Como principal característica deste e de outros modelos ²³, o comportamento suicida é entendido como o último ponto de uma interação complexa e progressiva de eventos e situações, como fatores genéticos, biológicos, psicológicos, psiquiátricos, micro e macrosociais, culturais e ambientais. Antes do “resultado final” do somatório destas forças individuais e coletivas, reais ou virtuais, representada pelo suicídio ou pelas autoagressões não fatais, diversos patamares de intervenção são identificados ^{5,19,23}. A possibilidade de inibição ou facilitação da morte autoinfligida é a chave de

entendimento para a proposição de abordagens para o comportamento suicida ^{9,23}.

Fatores biológicos e genéticos: a hereditariedade do comportamento suicida é um ponto validado e consistente por pesquisadores e identificado na assistência clínica pediátrica ⁹. Um entendimento global sobre esse item, confere a aspectos moleculares e genéticos a transmissão da vulnerabilidade a transtornos mentais, mas também a aspectos dinâmicos e sistêmicos a linguagem familiar do comportamento suicida como uma solução à dor psicológica ^{5,14,21,50}. Estudos genéticos corroboram esta influência com maior concordância de comportamento suicida e de agressividade - impulsividade em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos ^{19,21}. Ao mesmo tempo, estudos de adoção reafirmam a importância da influência ambiental, dialogando com as abordagens psicológica sistêmica e sociológica ^{2,19,50}.

A desregulação serotoninérgica é um dos mais robustos achados neurobiológicos associados ao comportamento suicida, justificada em sua implicação direta com a impulsividade e com atos violentos ^{16,19}. O caráter impulsivo é uma das características mais fortemente relacionadas ao comportamento suicida e encontra-se em modulação na adolescência, pela natureza maturacional do sistema nervoso central dessa fase ^{9,84}. A onipotência e o descontrole de impulsos pertinentes à adolescência podem evoluir para atos de maior risco, numa combinação psicopatológica de **agressividade-impulsividade**, patamar de grande impacto para **gatilhos estressores** de atos violentos ^{5,23}.

As características e os **fatores do temperamento e personalidade** de cada sujeito facilitam a compreensão do modelo “diátese-estresse”, da teoria

cognitiva. A forma como cada subjetividade é constituída e sua, conseqüente, reação ao estresse pode facilitar ou inibir o *continuum* suicida. Características como impulsividade, agressividade, irritabilidade, neuroticismo e perfeccionismo facilitam a primeira experiência e seu engajamento nas autoagressões^{14,19,50,90}. Desespero e **desesperança**, conforme proposto por Shneidman¹⁶, também são traços marcantes da constituição ou do estado psíquico de crianças e adolescentes que pensam, planejam ou tentam o suicídio ou automutilações.

Embora não seja possível transpor para a população pediátrica a exata cifra da correlação de **transtornos mentais** e suicídio conforme encontrada na população geral, as pesquisas e revisões corroboram essa associação, nominando-a como importante fator causal e de abordagem preventiva^{5,21}. A prevalência de quadros psiquiátricos associada a suicídio varia de 47-90% segundo os trabalhos consultados, produzidos por revisões, estudos de caso-controle ou autópsia psicológica^{5,19,21,23,91}.

Os quadros clínicos com maior correlação são: depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno por uso de substâncias e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Ainda ganham destaque: transtornos de conduta, transtornos alimentares e transtornos psicóticos^{5,19,21,23}. A irritabilidade é um sintoma, embora inespecífico, de alta sensibilidade para diagnósticos psiquiátricos nesse grupo, sendo preditor para suicidalidade⁹⁰. A depressão é a principal condição psiquiátrica associada ao comportamento suicida e constituinte do modelo “depressão-suicídio”^{75,76}: cerca de 60% de crianças e adolescentes deprimidos apresentam ideação suicida ao longo do curso da depressão, sendo que em 30% se observa, ao menos, uma tentativa⁹¹.

Uma avaliação criticorreflexiva sobre este panorama é a percepção de que basicamente toda a nosologia da psiquiatria da infância e adolescência é apresentada como fator de risco. Embora a crítica biomedicalizadora tenda a considerar que o afrouxamento nos critérios diagnósticos levou a um aumento de sua prevalência na população ^{92,93}, uma ponderação moderada, mas ainda refutável ⁴³, é a de que uma condição psiquiátrica, independente do nome que carrega, prediz uma situação de sofrimento psíquico. Ainda que assim superestimada, a prevalência de 10 a 20% de transtornos mentais em crianças e adolescentes de amostras comunitárias chama a atenção por sua dimensão e potenciais consequências ^{36,55}. O sofrimento psíquico, formatado ou não como um diagnóstico, é condição essencial para o comportamento suicida.

Assim, o reconhecimento de sinais e sintomas do sofrimento emocional deve ser privilegiado na prática profissional com crianças e adolescentes ⁹. A identificação dos sintomas mais importantes representa uma possibilidade não só de construção diagnóstica, mas de valorização da subjetividade e possibilidades de intervenção, psicoterapêutica ou farmacológica.

Na categoria “**problemas sociais**”, a ilustração sugere a ampla consideração das questões micro e macrosociais, como proposto pela abordagem sociológica. Estando as crianças e os adolescentes inseridos em organismos sociais de complexidade crescente e inter-relacionados ecologicamente⁹⁴ (família, escola, grupos religioso e/ou desportivo, comunidade, sociedade, municípios e outras instâncias administrativas) é correto que sejam consideradas as proposições sistêmicas ^{39,50,74} e as durkheimianas (integração e regulação) ⁷² para se pensar a variedade de questões sintetizadas nesta categoria. Assim, as peculiaridades individuais estarão em relação com as

características históricas e culturais, inibindo ou facilitando o comportamento suicida.

Nesse ponto, retoma-se a correlação entre comportamento suicida e violência, resgatando sua vertente na saúde coletiva. A violência estrutural, conforme sugere Minayo ⁷³:

“relaciona-se a processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e de etnia e mantém o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita de sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos socio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação.” (p.81)

Assim, deve-se considerar que enquanto uma forma de violência, o *continuum* suicida é influenciado e influencia todos os processos construídos socialmente, sendo que a sociedade pode ser uma das deflagradoras dos gatilhos e estressores dos atos de autoagressão. A orientação sexual é um importante exemplo, estando os adolescentes “homo, bi e transexuais” sob maior risco de se envolverem em atos autolesivos, principalmente pelo impacto que a sexualidade apresenta nessa fase do ciclo vital ^{19,21,23}. A heterocisnormatividade imputa, em muitas sociedades, uma moral sobre as minorias sexuais, que são compelidas ao isolamento e, logo, ao sofrimento. Uma amostra disso, foi a redução de 7% de tentativas de suicídio em adolescentes norte-americanos, principalmente dos representantes de minorias sexuais, após a aprovação do casamento homossexual em alguns estados desse país, em comparação com os que onde não adotaram essa política ⁹⁵.

Minorias étnicas e religiosas, de igual modo, geralmente são mais susceptíveis aos atos agressivos da sociedade. Igualmente, tornam-se mais vulneráveis os desempregados, migrantes, albergados e órfãos, embora sua

situação dependa de como o contexto social atua para protegê-los e de como sua própria personalidade reage aos desafios e infortúnios. Família e escola, pela dependência que crianças e adolescentes apresentam, são estratégicos para a proteção e promoção de resiliência, embora, circunstancialmente, podem se tornar locais de risco de vulnerabilidades ^{74,94}. Abandono escolar e violência doméstica, com destaque para o abuso sexual, são marcadores importantes destas vulnerabilidades, devendo ser eventos sentinelas para os que assistem esse público ^{9,19,69}. A correlação entre pobreza, violência familiar e transtornos psiquiátricos já foi apresentada na literatura, servindo como exemplo de integração dos fatores de risco o modelo do comportamento suicida ⁹⁶.

Dentro do modelo apresentado, os diversos elementos proporcionam, em maior ou menor grau, uma diátese; são assim considerados como fatores de risco ou predisponentes à suicidalidade. De forma complexa e cumulativa, os fatores de risco tornam-se terreno para a ação dos eventos estressores ou gatilhos, que desencadeiam a autoagressão. Os fatores desencadeadores são eventos assentados no cotidiano do jovem, geralmente de sua vivência pessoal direta, na família e na escola e com seus pares. Perdas de entes queridos, terminos de relacionamentos, frustrações acadêmicas e profissionais, *bullying* e agressões físicas e sexuais são predisponentes usuais quando considerado esse público ⁹.

Mesmo enquanto manifestação individual de dor psicológica, o espectro suicida pode fomentar outros atos violentos em qualquer grupo etário, como justificado pela teoria de causalidade complexa ². Em crianças e, principalmente, em adolescentes, a **exposição de uma autoagressão** apresenta um marcado efeito de contágio, tornando-se um fator de risco adicional e essencial na

compreensão da violência nesse público ¹⁹. As autolesões tendem a ser imitadas e autoestimuladas dentro de um determinado *cluster* (contornos espacial, social e temporalmente), o que é descrito como *copycat* ou fenômeno de imitação ^{14,48}. O que merece atenção nos dias de hoje é a potencialização que um cluster pode assumir com a massiva proliferação das mídias e meios digitais, em expansão de sua influência ¹⁹.

O fenômeno de imitação, também descrito como Efeito *Werther*, em referência ao personagem homônimo do romance de Goethe (“O sofrimento do jovem *Werther*”, 1774), faz com que exposições ou descrições, em ambiente real ou virtual, de suicídio ou autolesões provoquem um súbito aumento de sua incidência, numa onda de novos eventos, com alguma conexão entre si ¹⁷. O fenômeno foi reconhecido com a publicação do livro de Goethe, quando uma “febre *wertheriana*” assolou a juventude alemã reconhecendo o personagem como um herói romântico e diversos suicídios foram assim identificados. Como descreve Lopes¹⁷ : “para o público leitor, *Werther* não era um personagem, mas um modo de vida que criava todo um estilo de sentimento intenso e desespero.” (p.186)

Exemplos mais recentes deste efeito, no ano de 2017, são a influência mundial da série televisiva “Thirteen Reasons Why” (13R) e do desafio “Baleia Azul” ^{8,9,10,13}. A série, produzida e vendida pela plataforma Netflix®, trouxe uma protagonista adolescente que se suicida e deixa treze fitas onde elenca os culpados pelo seu ato. Apesar do mérito de levar a temática ao grande público, os 13 episódios da primeira temporada expuseram, em detalhes, sua ideação, seu planejamento e seu ato suicida ¹². Sem contra posicionamentos dos outros personagens, simplificando um fenômeno complexo, o roteiro privilegiou a

vitimização da personagem sendo difícil aos telespectadores refletirem criticamente sobre o comportamento suicida da adolescente. Embora não tenham sido descritas ondas de suicídio, a reação alarmista produzida, tal como, suas imagens replicadas, aumentaram as automutilações, reduzindo as barreiras sociais protetivas para esta forma de violência. Esses fatos aumentaram a preocupação dos profissionais da saúde e educação atentos às idiossincrasias dos jovens^{7,11,97}. A reação profissional atenta a tais riscos tornou-se fundamental para que a segunda temporada da série assumisse um caráter ponderado e cuidadoso na abordagem da temática; vinculando orientações a pais e educadores de como a suicidalidade poderia ser debatida e prevenida na adolescência⁹⁸.

O desafio virtual “Baleia Azul” foi vinculado a alguns casos de suicídio ao redor do mundo; no Brasil, durante meados do ano de 2017, houve muita especulação de que o jogo estaria levando crianças e adolescentes ao desfecho suicida, sendo este sua última e crítica tarefa. Seus criadores e líderes, pela rede de relacionamentos *Facebook*[®], enviariam convites a jovens em diferentes países. Se aceito, mesmo que apenas mediante ameaças, o jovem deveria cumprir todos os desafios, muitos deles autoagressivos^{6,10}. No Brasil, após alguns meses de muita divulgação pela grande mídia e alarde de famílias e escolas, o assunto esmoreceu. Não há certezas sobre a causalidade e veracidade dos fatos, mas é pertinente avaliá-los pela lógica de que como parte da realidade contemporânea, a *Internet* deve ser considerada como um importante meio e veículo social: um fato social. Nesse caso específico, ela foi um meio que estimulou a desregulação de muitos jovens, em lugar de promover sua integração na sociedade, como poderia representar⁷².

O romance de Goethe, a série televisiva e o desafio virtual se somam a outras expressões culturais cotidianas onde a temática do suicídio é apresentada. A suicidologia compreende a relevância deste assunto permear a vida das pessoas, pois sua interdição também apresenta consequências, mas orienta que o tema requer cuidados éticos e atenção ^{10,14,99}. A OMS sugere, em manual dirigido a profissionais da mídia ¹⁰⁰, que o comportamento suicida seja exposto de forma objetiva, sem detalhes, valorizando possibilidades de intervenção e, logo prevenção, entendendo-o como uma manifestação de violência. Quando considerada a juventude, a divulgação de atos de autoagressão autorizados ou perpetrados por celebridades potencializa o fenômeno de contágio, aumentando a vulnerabilidade deste grupo ¹⁹.

Finalizando esse capítulo, o último ponto apresentado pela ilustração (figura 3) é a **disponibilidade dos meios** para o ato de autoagressão. A escolha do meio direciona-se à presença ou não da ideação suicida, mas como já exposto, a percepção de letalidade de um método não se correlaciona linearmente com a intencionalidade do ato cometido. Se forem considerados seres em crescimento cognitivo, esta percepção pode ser inadequada ou truncada: casos de suicídio, por alta letalidade de método, mesmo em ausência de ideação ou, mais comum, ideação suicida presente, mas desfecho não fatal devido à baixa letalidade.

Considerando o **desfecho suicídio**, dados da literatura indicam que os meios mais comuns em meninos são armas de fogo e enforcamento e em meninas são armas de fogo, envenenamento (pesticidas e medicamentos, principalmente) e enforcamento ^{19,21,23}. Em tentativas, prevalece a ingestão de medicamentos e nos **desfechos autoagressões não suicidas**, a

automutilação^{19,21,23}. A reincidência de um desfecho não fatal torna-se uma grande preocupação; e tentativas prévias de suicídio são um grande fator de risco, em qualquer idade^{1,5,78}. Embora a maioria das autolesões não suicidas não evoluam para uma tentativa, é reconhecido pela psiquiatria que o diagnóstico de depressão é explicador da reincidência e que a precocidade lhes confere maior gravidade e pior prognóstico^{19,91}.

Modelos e abordagens facilitam a explicação deste complexo fenômeno. Seu pleno entendimento, entretanto, torna-se difícil, pois, os suicidas não podem mais ser totalmente vistos, ouvidos ou compreendidos. Reconhecer esse silêncio, não é silenciar o ato fatal, mas compreendê-lo como uma resposta individual à pergunta primordial de Camus⁶⁶. Em paráfrase à obra shakespeariana que apresenta 53 suicídios em seus atos², o questionamento “Viver ou não viver?” permite assumir que a vida se apresenta como uma escolha, embora a morte e o comportamento suicida nem sempre o façam assim⁴⁸.

4.2 - Medicina, Morte e Suicídio: lacunas, silêncios, paradigmas e tabus

Sendo um fenômeno vinculado a desfechos letais, parece claro que a discussão sobre suicídio se associe à reflexão sobre a morte. Porém, sua complexidade e sua qualificação como evento autoinfligido evidenciam uma dificuldade e um constrangimento que as sociedades, marcadamente as ocidentais, têm para lidar com a consciência da morte. Saber e prever o próprio fim, uma característica que separa os humanos de várias outras criaturas que vivem, crescem e morrem na Terra¹⁸, traz-lhes um problema, uma questão que

funda a sua existência. Como propõe Elias ¹⁸, “a morte é um problema dos vivos. Os mortos não têm problemas.” (p.10)

Assim como os outros eventos violentos e fatais, o suicídio antecipa o que deveria ser o curso natural da vida em sua diária aproximação da morte. Sua intencionalidade, mesmo que teórica ¹⁰¹, soa como uma dupla agressão aos que vivem. Como qualquer outra morte, o suicídio resgata nos vivos a lembrança de sua finitude, trazendo à memória a certeza de que irão morrer, da mesma forma que todos os outros os seres vivos ¹⁸. E sendo autoprovocada, ele se apresenta como uma transgressão, uma lancinante rebeldia contra o considerado instinto natural de preservação e uma entrega deliberada à aniquilação ^{15,39}. Uma demarcação da impossibilidade humana de domar tecnicamente a vida ⁸⁰.

A morte compreende o grande aniquilamento que tem o homem, individual e coletivamente, contra o qual se protege ao longo de sua vida. Sendo ela indomável, coube aos grupos humanos construir suas próprias formas de significar e de compreender a sua terminalidade, assim como, de lidar com os seus mortos e com os seus moribundos. A experiência da morte é, assim, uma dentre um conjunto de relações e organizações que constituem o processo de socialização e cultura ^{18,102}. Segundo Menezes ¹⁰³, em sua resenha crítica do “A Solidão dos Moribundos” ¹⁸, de Norbert Elias (1982):

“Há várias formas de os indivíduos lidarem com a ideia da finitude da vida: pode-se evitar a ideia da morte através da mitologização do final da vida, do encobrimento da ideia indesejada, pela crença na própria imortalidade ou encará-la como um fato da existência e ajustar a vida diante dessa realidade. Para Elias, atualmente há uma tendência à crença na imortalidade e ao afastamento da ideia da morte.” (p.147)

Em sua obra, Elias apresenta um panorama histórico e comparativo das ideias e rituais de morte, discordando do romantismo apresentado por Philippe

Ariès em “A História da morte no Ocidente”. Ariès prioriza a valorização de um passado glorioso sobre o presente, enquanto Elias privilegia as mudanças advindas com o impulso civilizador, justificando-as por sua contextualização. O morrer é visto como um fenômeno universal e natural, mas o processo da morte deve ser compreendido social e culturalmente, inscrito no tempo e no espaço.

Com o processo civilizador, iniciado há cerca de cinco séculos, houve transformações nas atitudes sociais das pessoas, incluindo sua relação com a morte. O aumento da longevidade, as respostas curativas e preventivas da medicina, a pacificação interna, mesmo que relativa, das sociedades levaram à problematização e ao distanciamento da morte, deslocando-a do protagonismo social. Diferente de períodos anteriores, com a retração do espetáculo familiar da morte, essa “passou a ser ocultada por trás dos bastidores da vida social. Os sentimentos e sua expressão se transformaram, a morte deixou de ser tema frequente em conversas.” ¹⁰³ (p.148)

Esta maneira de recalcar a morte associa-se ao processo de individualização, sendo predominante em sociedades altamente desenvolvidas, mas cuja origem é observada desde o Renascimento ¹⁸. A individualização tende a peculiarizar o morrer, estimulando a autonomia de cada sujeito para buscar as suas explicações, silenciando o senso coletivo. Predominam as fantasias individuais de imortalidade sobre as expressões e manifestações coletivas, como os rituais e suas fórmulas construídas socialmente através das gerações. “Os rituais seculares foram esvaziados de sentimento e de significado, e novas formas ainda não foram encontradas” ¹⁰³ (p.148), dando espaço a lacunas e vazios semânticos, propiciando o surgimento de silêncios e tabus.

Os tabus travam a língua e as mãos da sociedade, impedem a demonstração de sentimentos e desautorizam os rituais coletivos ¹⁸. O tabu da morte no Ocidente aplinou os afetos e as emoções dos vivos para com os mortos e os moribundos, aumentando a distância que existia entre eles. Justificado pelos avanços médico e científico, o cenário da morte deslocou-se para os hospitais, terceirizando-a e higienizando-a. Uma morte asséptica, silenciosa e isolada, “uma área vazia no mapa social” ¹⁸ (p.36): um tabu.

As mortes violentas, porém, por sua dramaticidade e intensidade, ferem esse espaço social, sinalizando-o com ruídos e imagens. Mesmo como um tabu, são apresentadas como uma tragédia e direcionam uma busca por vítimas e por culpados, passando por julgamentos morais ². No suicídio, essa estratégia se confunde, aumentando o seu constrangimento mórbido. Sua intenção voluntária dificulta essa separação dicotômica, sendo os mesmos sujeitos as vítimas e os culpados. Na cena em que diversas vozes gritam, pedem e tentam encontrar causas para esse desconcertante evento, o silêncio e o tabu se reapresentam: um duplo tabu ^{15,52}. Conforme concluí Dias¹⁵:

“Desta forma, podemos supor que o tabu imposto ao falar da morte repercute sobre o suicida, impedindo-o de se comunicar abertamente sobre seus motivos - o que, de um lado, impossibilita a ajuda social na superação de seus impasses, se for o caso, e de outro lado, contribui para a constituição de um grande enigma em torno do tema.” (p.38)

O silêncio proposto sobre o suicídio se estende aos suicidas, excluindo as suas mensagens de ruptura e de descontinuidade experimentadas em vida e que desejaram deixar para os sobreviventes de uma sociedade medicalizada ^{2,15,17,43,80}. De uma possibilidade de enunciação polifônica e polissêmica para a busca de explicações, tem-se uma imposição paradigmática do não dizer. Um evento no seio da comunidade, mas externo a todos que a ela

pertencem; que passa por todos, mas não é de ninguém ⁵². Socialmente, há a imposição de uma interdição, mas que se configura incapaz de impedir a ocorrência dos atos fatais, tratados como desvios doentios da contemporaneidade ocidental ¹⁷.

Conrad define desvio como uma categoria de condenação e de julgamento que é construída e aplicada forçadamente a alguns membros de uma sociedade pelos mais poderosos ^{92,93}. Os desvios e suas sanções podem ser entendidos como sendo: universais, embora não haja formas universais de desvio; construídos socialmente; contextualizados e diretamente associados ao controle e às relações de poder ⁹³. Acionar o modelo do paradigma do desvio pode facilitar a compreensão histórica e social das reações de exclusão e do tabu acerca do comportamento suicida, aqui colocado como as práticas e atitudes sociais entorno do evento.

Três modelos prevalecem no paradigma do suicídio como desvio: o pecado, o crime e a doença. Lopes ¹⁷, reportando as argumentações de Peter Gay (1995), menciona que “por mais de um milênio, a Igreja condenou o suicídio como pecado e no início do período moderno, seguindo essa orientação, o Estado colocou-o na lista de crimes”. (p.62) Nos séculos XVIII e XIX, permeados pelas referências iluministas e capitalistas, o suicídio tornou-se um crime contra a sociedade e as leis naturais e foi enquadrado na desrazão ¹⁷. A medicina, ganhando força numa era dedicada à razão, perdoou o suicídio, descriminalizando-o, mas lhe cobrando o preço da patologização, da anormalidade e da loucura ^{15,93,104,105}.

Tal evolução não se encerra como um juízo de valor, mas deve ser explicada historicamente, num contexto medicalizador, onde a medicina tomou

sob sua jurisdição problemas até então considerados morais, sociais ou legais¹⁰⁶. A medicalização, pela definição dos desvios em doenças e desordens, colocou sobre o corpo essa responsabilidade, tornando-o passível de intervenção e de tratamento^{92,93}. Considera-se que essa tonalidade desviante deu ao suicídio maiores elementos de exclusão, mantendo-o aprisionado aos constrangimentos sociais das mortes.

As questões sociológicas do morrer podem se tornar mais claras ao se tentar compreender as sociedades nas quais são vivenciadas¹⁰³. Destaca-se, nesse contexto, a terceirização do fenômeno da morte aos hospitais, para onde todas tendem a ser levadas, mesmo as violentas e que marcam o mapa social, sendo afastadas do cotidiano, pois são encaradas como um tabu^{18,80,107}. Como sede atual da prática da medicina¹⁰⁴, os hospitais são o local privilegiado da formação de estudantes, ensinando-lhes a técnica para o manejo da morte.

O silêncio se estabelece como uma lacuna formativa, onde se é treinado para combater e não para dialogar com a morte. Cirurgias, máquinas, pílulas e dietas, símbolos de um novo “elixir da vida”, são preconizados e, de fato, inclinam-se a esconder e a adiar os indícios de morte¹⁸. No caso dos moribundos, com esses sinais já estabelecidos, cabe-lhes a solidão emudecida, pois os ouvidos médicos não foram treinados para escutá-los¹⁰³. O aumento da longevidade, então, afastou, interditou e aquietou a morte do cotidiano¹⁰⁷.

Esse silêncio, entretanto, não representa integralmente uma ausência de voz, pois desempenha uma presença discursiva. Sendo prescritivo do saber e poder médico e científico, logo proscritivo, ele normatiza quais e como as vozes podem e devem se manifestar e serem ouvidas^{17,104}. Como discute Pereira, referenciando Revel e Peter (1995)¹⁰⁸:

“A morte é, então, um dado estatístico e um mal a ser combatido. Mas não um dado sobre o qual o saber e a prática médica teriam algo a dizer, a não ser quando do seu impedimento. É sobre a interdição da morte que o médico tem algo a dizer, não sobre a experiência da morte ou, mesmo, sobre os limites de seu saber. A experiência mórbida, assim, faz vacilar o sentido.” (p.74)

Como dispositivo de controle do corpo e da sociedade, a morte e o suicídio foram silenciados, numa realidade biopolítica, sendo autorizados apenas a voz, o discurso e o saber médicos ¹⁰⁴. Mais do que o não dizer sobre os eventos fatais, a interdição se dá nos sujeitos falantes que os cometem, desautorizando-os como produtores de conhecimento e verdade.

Elias encerra seu livro num convite para se “falar mais abertamente e claramente sobre a morte” (p.77), numa tentativa de se romper o véu de desconforto que obscurece essa temática. Propôs-se nesse estudo, ainda que sem o seu rigor analítico, dar continuidade ao autor e falar de forma aberta e clara sobre o comportamento suicida. Escutar o que médicos, sob treinamento e em serviço, têm a dizer sobre isso. Uma vez que sendo um fenômeno presente em todas as sociedades conhecidas e estudadas, o suicídio pode ser considerado um fenômeno universal ^{2,109}. Embora universal, tal qual a morte, suas verdades, seus silêncios e seus discursos são produções culturais, carecem de contextualizações e representam estratégias de domínio e poder ¹⁷.

Suas falas podem representar a norma vigente, a expressão de um tabu, uma lacuna formativa ou um paradigma; embora possam também apontar para diferentes sentidos ou novas representações. Estudar a morte é permitir-se ao estudo da vida ^{17,43}. Estimular canais para se ponderar sobre a morte é incentivar espaços de e para reflexão sobre as angústias, os impasses, as resistências e as lutas inerentes ao viver.

4.3 - Formação Médica e Pediatria: Programas de Residência Médica

4.3.1 - PRM: Ensino e Serviço

A Residência Médica (RM) é uma modalidade de especialização em medicina, em nível de pós graduação *lato sensu*, reconhecida por aprimorar a formação médica, aprofundando conhecimentos e melhorando habilidades e atitudes ^{26,110}. É considerada, pelos profissionais, seus órgãos de classe e sociedades de especialidades, como o modelo mais completo e abrangente, sendo o padrão ouro na formação de médicos para o exercício profissional em uma especialidade e em suas áreas de atuação, por todo o país ^{110, 111}.

“Ensino e serviço” ou “treinamento em serviço” são a díade “característica mais marcante da residência, articulando ensino e trabalho, aprendizado e treinamento profissional”, como afirma Lima ¹¹⁰ (p.7), junto com outros autores, em sua tese onde avalia aspectos da implantação dos PRM no Brasil. É a forte carga de treinamento em serviços de saúde que delineou sua introdução e estrutura seu desenvolvimento, articulando os sistemas de educação e de saúde ¹¹².

Constituindo-se como importante etapa profissionalizante e de inserção no mercado de trabalho, a RM “contribuí para a formação de um modelo para a conformação ideológica, ética e da identidade profissional dos médicos brasileiros.”¹¹⁰ (p.8) Nesse contexto, não é possível dissociar educação e trabalho (serviços em saúde), sendo os processos educativos de prática e saber organizados numa estrutura social onde se inseriu a medicina. A RM, como dispositivo educacional, foi construída como uma resposta às transformações históricas no modo de produção capitalista, numa diretriz predominantemente norte-americana e hospitalocêntrica.

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, a RM facilitou a consolidação de um modelo médico que veio responder às novas exigências políticas e econômicas. De uma inserção rural e tardia na teia capitalista, onde se pretendia garantir o controle sanitário a uma economia primário-exportadora, a partir dos anos 1940, o país adotou uma política industrial, com o surgimento de uma classe trabalhadora e urbana e novos desafios para a medicina. A gradativa influência geopolítica dos Estados Unidos impulsionou uma mudança paradigmática na qual prevaleceu uma opção pela “prática médica curativa, com tendência especializante e de incorporação crescente de tecnologia, resultando da importação do modelo flexneriano, foi se impondo sob a prática tradicional da influência francesa.”¹¹⁰ (p.167)

Replicando esse modelo norte-americano, ao retornarem de seus treinamentos em serviços no exterior, alguns médicos brasileiros implementaram as primeiras RM no país. Em 1944, três programas, ainda chamados de internato, foram criados no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia e Física Médica Aplicada, na cidade de São Paulo. Em 1948, no Hospital Servidores do Estado do Rio de Janeiro na então capital federal Rio de Janeiro, surge o primeiro Programa de Residência Médica (PRM) no modelo próximo ao atual ^{26,110}. Até a década de 1960, somente os grandes hospitais públicos ou vinculados a universidades haviam implantado PRM. Uma expansão desses programas, entretanto, ocorreu, a partir da década de 1970, com o surgimento de novas escolas médicas, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pela maior necessidade de especialização e, conseguinte, remuneração da mão de obra médica ^{30,110}.

Para fins didáticos, Lima¹¹⁰ em 2008, dividiu a história da RM no Brasil em dois grandes períodos: “1947-8 a 1977-8” e “1978 a 2008”, podendo este se estender aos dias atuais. Os primeiros 30 anos caracterizam-se pelo surgimento e crescimento dos programas, definição de seus objetivos e desafios para sua regulamentação. O segundo momento refere-se à institucionalização dos PRM e por sua consolidação e avanço nacional ^{26,110}.

Cronológica e sinteticamente, os principais marcos normativos e regulatórios da RM no Brasil podem ser assim destacados ²⁶:

- Setembro de 1977 - criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por decreto presidencial (80.291), para regulamentar a RM;

- Julho de 1981 - definição da RM como modalidade de ensino de pós-graduação (Lei 6.932), proporcionando título de especialista aos seus concluintes, caracterizada pelo treinamento em serviço e vinculada a instituições de saúde, sejam universitárias ou não. Essa lei é considerada o principal marco legal da RM, definindo os critérios de funcionamento e credenciamento dos PRM pela CNRM e garantindo direitos aos residentes, como a bolsa de estudo;

- Abril de 1987 - criação das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) e das Comissões de Residência Médica (COREME) para atuação junto à CNRM em âmbitos estadual e institucional, respectivamente.

Hierarquicamente, cada PRM está submetido à COREME de sua instituição, à CEREM de seu estado e à CNRM; uma Câmara Técnica vinculada à CNRM auxilia localmente na revisão e acompanhamento dos processos de avaliação dos PRM. Como modalidade de ensino, a RM vincula-se ao Ministério de Educação e Cultura (MEC) através de sua comissão nacional, cabendo ao MEC as funções de regulação, supervisão e avaliação. A articulação com o

Ministério da Saúde (MS) se dá através dos hospitais vinculados aos PRM e suas gestões administrativas e não diretamente via CNRM ²⁶.

Tais considerações e panorama histórico facilitam o entendimento das críticas à RM quando, diante da sua díade característica, o serviço prevalece sobre o ensino. Num modelo de ensino caracteristicamente delineado pela prática profissional e pelo mercado de trabalho, os processos de regulamentação, normatização e avaliação, sob responsabilidade do MEC, são facilmente pensados como elementos da prestação de serviços vinculados ao MS. Sendo uma modalidade formativa, não se deve perder de vista a necessidade da presença docente e do processo ensino-aprendizagem na RM, cuja ausências proporcionam um desequilíbrio desse modelo ³⁰.

A regulamentação e a normatização dos PRM brasileiros, tal como entendidos hoje, se deu algumas décadas após seu surgimento, sob as tensões da díade colocada. A definição, assim decorrente, do papel da supervisão mediando a relação entre os profissionais mais experientes e os novatos ainda em formação permitiu uma maior paridade entre ensino e serviço ³⁰, ocupando uma lacuna entre a graduação e a prática profissional. A supervisão adequada possibilita um reequilíbrio, valorizando as experiências profissionais, dando uma tonalidade pragmática e contextualizada aos PRM, mas sem desconsiderá-los uma estratégia formal de pós-graduação ^{30,113}.

O incremento da produção acadêmica nacional sobre a RM, principalmente nas áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva, demonstra o quanto ela tem se firmado e constituído como principal modalidade de especialização médica, estando sob constante reorganização e reestruturação. Seus “processos de avaliação”, as “estratégias de educação pelo trabalho” e o

“papel da preceptoria”, por exemplo, são categorias temáticas frequentemente encontradas nesses trabalhos, sinalizando as reflexões e críticas ao modelo ⁵⁸.

4.3.2 - PRM em Pediatria: peculiaridades e desafios

Pode se considerar que o Hospital Abrigo Arthur Bernardes, hoje Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), abrigou a pioneira experiência da primeira residência médica em pediatria no Brasil. Seu criador, Luiz Torres Barbosa, iniciou o programa tão logo retornou do treinamento nos Estados Unidos; porém, sua transferência ao Hospital Servidores do Estado, na mesma cidade em 1948, significou também o traslado do programa para lá ^{30,110}.

Independente do hospital que tenha recebido primeiramente essa inovação, é reconhecido que a Pediatria foi uma das primeiras especialidades a ter programas instituídos e regulamentados, estando entre as áreas que maior número de médicos especialistas qualificou no país ²⁹. Esse fato pode ser explicado por ser a Pediatria considerada uma especialidade básica junto com outros quatro programas: Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia e Medicina Preventiva e Social ^{29,114}.

Essas cinco áreas básicas, por suas características intrínsecas e pela capacidade de respostas a demandas sanitárias nacionais, recebem maior incentivo de crescimento e implantação pela CNRM ¹¹⁴. Tendo a realidade fluminense como exemplo, existem 33 PRM em pediatria espalhados pelo estado, sendo 24 localizados na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, segundo dados da CNRM RJ, em 2017 ¹¹⁵. Do total desses 24 programas, quatro são vinculados a universidades públicas, um vinculado à FIOCRUZ, quatro a

hospitais federais, um a hospital estadual, sete a hospitais municipais, dois a hospitais particulares, quatro a hospitais militares e um se caracteriza como pertencente a uma Fundação Municipal de Saúde.

É evidente que esses PRM apresentam particularidades, mas também características em comum, permitindo seu credenciamento junto à CNRM. De acordo com os pressupostos da modalidade RM, compete a todos os PRM em pediatria capacitar médicos generalistas como pediatras, ou seja, como especialistas na abordagem integral de crianças e adolescentes. A Pediatria, considerada, por muito tempo, a “Clínica Médica de adultos em miniatura”, ao longo do tempo se converteu em uma especialidade que cuida do ser humano em fase de crescimento e desenvolvimento, tendo abrangido, inclusive, a adolescência ^{24,29,108}. A revisão da história da Pediatria brasileira, por exemplo, mostra que seu advento se vinculou à defesa de uma prática médica que se especializasse integralmente em uma faixa etária (a infância) e não no conhecimento de um sistema ou de órgãos, como foi a tendência do final do século XIX ¹⁰⁸.

A formulação de um PRM em pediatria torna-se, dessa forma, elemento estratégico na formação desse profissional. Essa preocupação acompanha os programas desde sua criação. Busca-se garantir um currículo mínimo e homogêneo para todo o território nacional, definindo atos, procedimentos e habilidades a serem conquistadas durante o treinamento médico ³⁰.

Distinguem-se dois marcos na história da RM em pediatria que exemplificam essa preocupação. Em 1990, foi realizado o seminário “Requisitos mínimos de um Programa de Residência Médica: Competências em Pediatria”

pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Seu relatório final (1991), como referenciado por Castellanos²⁴ e Wuillaume³⁰, sintetiza:

“Os objetivos primordiais da residência médica na especialidade devem, assim, voltar-se à formação do pediatra geral e possibilitar, após o treinamento básico, a seleção de uma subespecialidade pediátrica, a ser desenvolvida no terceiro ano de residência, com estágio de complementação especializada. O programa de residência básica deve priorizar estágios em nível de atenção primária e secundária, como atividades em centros de saúde, ambulatórios gerais, pronto-atendimento, enfermarias gerais e serviço de neonatologia, complementando-os com estágios em subespecialidades pediátricas, em nível de atenção terciária, incluindo terapia intensiva e semi-intensiva.”
(p.11)

Além da tentativa da definição de competências mínimas do pediatra em formação, esse documento aponta uma tensão que demarca o cenário pediátrico desde então: a visão geral *versus* a visão especializada. É proposta uma formação generalista, em dois anos, que comporte treinamentos e estágios em áreas de atuação, e que permita uma escolha futura de alguma subespecialidade pediátrica, num ano adicional³⁰. Reflexos da própria evolução da medicina, o paradigma colocado é autorizado pela RM, reafirmando seu papel na formação de identidade e na construção do *ethos* médico e pediátrico²⁴.

Avançando nessa tensão e adaptando os programas brasileiros a outros já existentes em países desenvolvidos e em vizinhos do Cone Sul, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) propôs a ampliação da RM em pediatria para três anos, em programas piloto. Uma resolução aprovada pela CNRM em 2016 caracterizou a RM como sendo obrigatoriamente de três anos a partir de 2019^{29,42,57}. A justificativa se funda na necessidade de se formar um pediatra generalista mais apto para lidar com os novos conhecimentos médicos e tecnológicos, realidades epidemiológicas e condições de saúde. Em 2011, uma resolução já havia aprovado que as Áreas de Atuação Pediátrica passassem a

ter duração de dois anos seguindo a mesma necessidade de maior tempo para a finalização dessa capacitação ¹¹⁶. A RM, uma possível resposta à falta de terminalidade da graduação em medicina ²⁴, incorpora essa incompletude, repensando o seu próprio *fim*.

A recomendação atual da SBP e do MEC para os PRM em pediatria mantém a jornada de 60h/semana (40h de atividades rotineiras e 20h de plantão), com a orientação de sua extensão para 36 meses de duração. O objetivo primordial é formar um pediatra capaz de ⁵⁷:

“prestar assistência integral ao ser humano em crescimento e desenvolvimento; atuar num contexto de um ambiente em constante transformações sociais, culturais e científicas, com a capacidade de realizar a busca ativa de novos conhecimentos; participar de processos educativos dos pacientes e de seus familiares em relações às questões de saúde mais prevalentes; atuar em equipe interdisciplinar.” (p.1)

Essa nova proposta para os PRM torna-se obrigatória a partir de 2019, já estando em avaliação desde 2014 em oito unidades piloto ⁴². Adequar a formação pediátrica às demandas da especialidade, tendo em vista os novos perfis epidemiológicos e os novos conteúdos temáticos, permanece e permanecerá como um desafio para os órgãos competentes ²⁷.

Após essa decisão pela extensão da RM em pediatria, a SBP, filiada à Associação Médica Brasileira (AMB), publicou uma diretriz para os PRM em seu sítio eletrônico ⁵⁷. São propostos os objetivos gerais da formação pediátrica e os específicos a serem adquiridos a cada ano do curso (R1, R2 e R3), assim como os conteúdos programáticos teóricos e práticos e seus possíveis cenários de treinamento. Pontuam-se, no contexto desse projeto, cinco tópicos teóricos dentre os elencados como requisitos mínimos nessa modalidade de especialização: saúde mental e sofrimento psíquico (no segundo ano - R2); atenção às doenças crônicas da criança e do adolescente; violência contra a

criança e contra o adolescente; uso abusivo de álcool e outras drogas na infância e adolescência; morte e dor (os quatro últimos no terceiro ano - R3) ^{29,57}.

4.3.3 - A Nova Pediatria, Causalidade Externa e Saúde Mental

Considerando a transição epidemiológica brasileira e a saúde das crianças e adolescentes, a significativa redução da mortalidade entre dois meses e cinco anos de idade anunciou uma nova realidade na assistência a esse grupo ^{33,117}. Como principais justificativas a essa transição, encontram-se políticas públicas que visaram à ampliação da cobertura vacinal e da assistência pré-natal e ao parto, ao incentivo ao aleitamento materno, ao tratamento precoce de pneumonias e diarreias, à ampliação do uso de antibióticos e de Terapia de Reidratação Oral (TRO) e ao combate ativo à fome e à desnutrição ^{31,33,46}. Tais iniciativas trouxeram como resultado uma menor parcela de mortes por desfechos infectocontagiosos, prevalecendo as afecções congênitas, as neoplasias e a violência/causalidade externa como importantes causas de mortes pediátricas ³¹. Houve uma drástica queda na taxa de mortes por “causas naturais” comparativamente às “causas externas”; causas que têm como contexto as relações sociais, a cultura e as desigualdades de renda e de oportunidades ^{4,46}.

Tal transição, respeitando as diferentes realidades e tonalidades sociais, políticas e econômicas, é observada em todo o globo. Se as crianças, assim, morrem (ou deixam de morrer) por novas causas ou causas menos comuns do que antes, pode-se pensar numa Nova Pediatria ³³, onde uma constante atualização assistencial afirma-se, gerando inovações ou releituras de estratégias e tecnologias para o cuidar, com repercussões clínicas e éticas ⁸.

Dados internacionais sugerem uma possibilidade de 90% de sobrevivência, hoje, para quadros clínicos e cirúrgicos considerados incompatíveis com a vida até há cerca de três décadas ¹¹⁸. Apesar desses números, a prática médica indica que muitas dessas mortes foram substituídas por sobrevivência e não cura, ou seja, realidades até então fatais tornaram-se condições crônicas ^{119,120}. Situações que demandam reorientações nos desenhos de atenção e gestão, principalmente pela demanda tecnológica que apresentam ^{34,121}. O impacto de doenças crônicas na população pediátrica chega a 20%, se consideradas as de menor gravidade, e 10% para as de maior gravidade ¹¹⁸.

O conceito de condição crônica engloba as doenças crônicas degenerativas, as doenças infecciosas e as deficiências, tendo como elementos agregadores: “temporalidade e continuidade no cuidado, controle de sintomas e longitudinalidade de atenção, interrupção e incorporação de rotinas da vida.”³⁴ (p.2) No cuidado assistencial pediátrico, definições como “Crianças Dependentes de Tecnologia” (CDT) e “Crianças com Necessidades Especiais em Saúde” (CRIANE) evoluíram para o conceito atual vigente “Condição Crônica Complexa” (CCC) ^{25,121}.

De forma geral, encontram-se nessas crianças e adolescentes condição de saúde crônica (de duração maior do que 12 meses), estado de saúde frágil, complexidade médica e clínica, estomas diversos e dependência de artefatos tecnológicos indispensáveis a sua existência. Além da cronicidade e da irreversibilidade da situação, no público pediátrico com CCC há um elevado custo social familiar. Custo que é “resultado de nascimento, crescimento e desenvolvimento qualificado pela complexidade dos quadros de saúde, por

diferentes graus e tipos de dependências tecnológicas e por doenças multissistêmicas”(p.3), como definição de pesquisadoras do IFF ³⁴.

Em 2005, um editorial do *Pediatrics*, periódico de alto impacto acadêmico e de relevância clínica, descreveu tendências históricas para a morbimortalidade na infância e adolescência, sugerindo um panorama para o que denominou de “Morbidade do Milênio” ³⁵. Os autores propuseram como importantes problemas: influências e dependências tecnológicas na saúde; sobrepeso e obesidade; influências socioeconômicas e ambientais na saúde; aumento da prevalência de transtornos mentais; os dois últimos recebendo destaque na presente pesquisa.

Sobre os transtornos mentais na infância e adolescência, estudos de prevalência e revisões bibliográficas nacionais e internacionais ^{19,36,55,96} sugerem, em amostras comunitárias, uma média de 10-20% de jovens com algum tipo de agravo, porcentagem potencialmente maior em países em desenvolvimento. Um desses trabalhos, realizado com grupo populacional de baixa renda no sudeste brasileiro, identificou que pobreza, doença psiquiátrica materna e violência familiar são os principais fatores de risco para transtornos mentais em meninos e meninas de sete a 14 anos ⁹⁶. Esses dados são concordantes com a tendência do aumento da prevalência de problemas mentais e da violência na morbimortalidade pediátrica no Brasil ^{4,35}.

Quando se correlaciona o perfil pediátrico contemporâneo e saúde mental, verifica-se que o risco de transtornos psiquiátricos é maior em crianças hospitalizadas, sendo de duas a quatro vezes maior se presente uma condição crônica de saúde ¹¹⁸. Segundo Shaw (2006), o quadro clínico em si é maior preditor de transtorno psiquiátrico do que sua gravidade, assim como a presença de deficiência intelectual, como citado por Assumpção e Kuczynski ²³.

Ainda em consideração às CCC na pediatria, o impacto multissistêmico que provocam favorece o comprometimento neurológico e comportamental, com importantes sinais de atraso no desenvolvimento e deficiência intelectual ¹²². É, assim, pertinente que a descrição do público pediátrico compreenda, de forma crescente, sujeitos com limitações significativas e que demandem cuidado e incorporem diversas tecnologias ³⁴ incluindo terapias de reabilitação e prescrição de psicotrópicos ²⁵. Independente de um diagnóstico psiquiátrico que tais sujeitos possam ou não apresentar ou receber ao longo de suas vidas, as sequelas de prematuridade, complicações perinatais, tempo de internação em terapia intensiva são fatores de risco já reconhecidos na prática pediátrica para condições clínicas que tendem a demandar o uso de novas tecnologias para diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tal risco se agrava se for considerado o impacto da internação pediátrica no desenvolvimento de crianças e adolescentes ¹¹⁸.

Embora não associado às CCC, o impacto do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, pelo público infantojuvenil apresenta grande correlação com sofrimento psíquico e transtornos mentais ^{23,50,94,123}. Mesmo sendo uma temática já bastante discutida pelo setor saúde, seus impasses e dificuldades assistenciais parecem dificultar sua assimilação pelos pediatras. Além dos efeitos nocivos, aguda ou cronicamente, por sua toxicidade, as substâncias psicoativas se correlacionam, de forma bidirecional, a fenômenos e desfechos de violência, aos ciclos de perpetuação de desigualdade social e ao início e manutenção de transtornos mentais ^{5,94,123}.

Eventos violentos, mesmo quando os desfechos não sejam fatais, também afetam fortemente a saúde da população, incluindo a pediátrica ^{2,73}. Toda a natureza de atos violentos é capaz de interferir no bem-estar de crianças e adolescentes, principalmente pelas vulnerabilidades biológicas e sociais que apresentam, como seres em formação ³⁶. Considerando o modelo ecológico, as conexões relacionais são essenciais para a compreensão do desenvolvimento infantojuvenil, existindo em cada sistema (micro, meso ou exossistema) uma possibilidade de eventos favoráveis e desfavoráveis. Como descrito por Assis, Pesce e Avanci ⁹⁴, será o “processo dinâmico que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e proteção”(p.19) conectados por esses sistemas que vai “definir as propriedades dos contextos sociais mais amplos para o desenvolvimento humano.”(p.19)

Fica evidente, pelas proposições de Bronfenbrenner sobre o modelo ecológico do desenvolvimento, que todas as interações sociais são participantes, mas não determinantes, na constituição psíquica humana ^{94,124}. Valoriza-se a influência dos estressores nesse processo, mas também se incentiva o fortalecimento dos fatores de proteção, numa lógica onde são possíveis intervenções positivas para a saúde física e emocional desses sujeitos em crescimento. As influências socioeconômicas e ambientais, assim, são aspectos marcantes quando se considera saúde, adoecimento e morte de crianças e adolescentes, intensificados quando se atenta para o contexto da transição epidemiológica e da Nova Pediatria.

Tendo como referência o conceito de Nova Pediatria, pode-se identificar melhor os contextos clínico e epidemiológico encontrados pela assistência pediátrica contemporânea e valorizar a influência recebida pela violência, por

algum tipo de causalidade externa e pela saúde mental ^{8,27,28,56}. Pensar o comportamento suicida em crianças e adolescentes é acionar num mesmo momento a Nova Pediatria, a causalidade externa e a saúde mental com o sofrimento psíquico. Por essa junção se compreende a necessidade de capacitar os MR em pediatria, visto terem sido identificadas lacunas formativas nessa temática. Como sugerem Almeida e Silva Filho ⁹: “recomenda-se que o pediatra incorpore a dimensão mental na avaliação de seus pacientes. (...) Na consulta pediátrica, é possível reconhecer jovens em sofrimento e sob risco de suicídio.” (p.4)

Sendo a RM a principal modalidade de especialização em pediatria no Rio de Janeiro e no Brasil, compreender o que percebem e conhecem do comportamento suicida nesse público foi a pergunta de partida desse estudo.

5 - METODOLOGIA

Foi realizado um estudo utilizando o método qualitativo por meio da técnica de Grupos Focais. O pressuposto metodológico foi que a interação entre pesquisador e participantes é essencial para a compreensão dos fatos e relações humanas que envolvem pensamentos, sentimentos, emoções, atitudes e práticas. Evita-se, assim, a ideia de um trabalho de campo neutro ou transparente, buscando uma presença identificada, descrita e autorizada da interferência provocada pelos pesquisadores e por seus interlocutores na busca pelo (re)conhecimento da realidade; essa interferência constitui parte da pesquisa social ¹²⁵.

Almejou-se, assim, a partir do direcionamento dado pelos referenciais teóricos pesquisados, uma possibilidade de troca com os “atores” de campo, explorando e descrevendo a percepção e o conhecimento que esses residentes de pediatria têm acerca do comportamento suicida na infância e na adolescência. Pela interação com e entre esses residentes, avaliou-se a hipótese de que exista na sua formação médica uma desconsideração ou inabilidade teórica e clínica pelas crianças e adolescentes com comportamento suicida e seu sofrimento. Sendo o objeto de pesquisa a relação dialógica dos residentes em pediatria com a temática do comportamento suicida e a participação dos PRM nisso, recorreu-se ao diálogo deles e com eles, no próprio espaço da residência médica, para uma aproximação da realidade, por eles, percebida e experimentada.

O encontro entre pesquisador e pesquisados, mais do que uma relação para concretizar uma investigação, é um encontro de horizontes onde afeto, razão, senso comum, experiências e práticas se apresentam na arena da pesquisa ^{126,127}; assim foi realizado. Assumindo a impossibilidade da

neutralidade e da objetividade, sem o deslize na ilusão de uma transparência, como sinaliza Bourdieu ¹²⁸, a proposta exploratória foi investir na interação empática e interlocução em campo, como instrumento privilegiado na pesquisa social, conforme elucidado por Minayo¹²⁵:

“O que torna o trabalho interacional (ou seja, de relação entre pesquisador e pesquisados) um instrumento privilegiado de coleta de informações para as pessoas é a possibilidade que tem a fala de ser reveladora de condições de vida, da expressão dos sistemas de crenças e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir por meio de um porta voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor.” (p.63)

Sendo seres falantes ¹²⁸, os sujeitos de pesquisa tiveram em sua voz a representação de seus conceitos, percepções, ciências e valores. O cerne metodológico exploratório permitiu um ambiente propício e acolhedor e facilitou a condução das vozes individuais, coletivas, uníssonas ou dissonantes dos médicos residentes.

O desenvolvimento da metodologia está explicitado nos três tópicos a seguir: “O campo e os participantes da pesquisa”; “Os Grupos Focais”; “Considerações Éticas”.

5.1 - O campo e os participantes da pesquisa

Após a construção teórica do objeto de pesquisa e dos participantes enquanto um dos componentes desse objeto, o campo pôde proporcionar uma relação de intersubjetividade entre o pesquisador e esses “atores”, permitindo uma nova construção, agora de um conhecimento empírico, explorado espacialmente no que se compreende como *campo*. Minayo ¹²⁹ define “campo, na pesquisa qualitativa, como o recorte espacial que diz respeito à abrangência,

em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação.”(p.201)

Assim, a pesquisa teve, como campo, cinco PRM em pediatria da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, representados pelas unidades hospitalares onde os residentes desenvolvem suas atividades e recebem a maior parte de sua formação teórica e prática. É nesses locais onde fica instalada a coordenação e administração de cada programa, tendo facilitado a adesão dos participantes e a logística da pesquisa.

A seleção dos cenários para a coleta de dados dentre os 24 PRM possíveis na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (aqueles que já haviam sido autorizados para receber novos médicos residentes no ano de 2018, segundo dados do portal da Comissão Nacional de Residência Médica¹¹⁵) deu-se por critérios associados às hipóteses de pesquisa, mas também por critérios logísticos e operacionais. Buscou-se diversificar a escolha dos modelos de organização e gestão dessas unidades, vinculados ou não a universidades e instituições de pesquisa, localização no espaço urbano fluminense e ainda a presença ou não de serviços de emergência pediátrica abertos à população. Um contato inicial do mestrando, cuja formação e prática profissional se deu em parte nesses hospitais, foi feito com alguns coordenadores desses programas na fase inicial e de reconhecimento do campo.

As cinco unidades onde o trabalho de campo foi realizado foram as mesmas previstas originalmente no projeto de pesquisa e apresentadas à banca de qualificação, não tendo ocorrido nenhum imprevisto neste processo; são elas: um hospital universitário localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro; um hospital universitário na Região Metropolitana Leste Fluminense; um

hospital estadual, com emergência pediátrica, na região da Baixada Fluminense; um hospital federal, com emergência pediátrica, na Zona Norte do município; um hospital vinculado à instituição de pesquisa, localizado na Zona Sul do município. Todos os cinco se configuram como unidades hospitalares terciárias ou quaternárias, oferecendo serviços de alta complexidade.

Foi feita uma ponderação sobre a inclusão do PRM que se apresentou como uma das unidades pilotos para a nova proposta curricular. Apesar de esta característica poder ter sido relevante, existem diferenças entre o programa proposto pela SBP e o aprovado pela CNRM; além disso, este hospital não está vinculado a universidades / instituições de pesquisa e não possui serviço de emergência pediátrica.

Esperou-se com essa proposição, ainda anterior ao campo, uma possibilidade de ampliar o leque de respostas às perguntas da investigação. É sabido que as categorias “hospitais de ensino e pesquisa” e “hospitais de assistência” se sobrepõem na prática clínica, mas essa diferença poderia ter impacto no funcionamento e organização dos PRM, assim como na escolha desses mesmos PRM pelos jovens médicos nos concursos de residência.

Ressalta-se que se optou por eleger duas unidades hospitalares com serviços de emergência pediátrica em funcionamento e não regulados, ou seja, “porta aberta”, diferente do encontrado na maioria dos PRM. Embora o currículo de todos os PRM em pediatria exija o estágio em setores de emergência ⁵⁷, questionou-se se ser MR em um hospital que apresenta esse serviço poderia influenciar a percepção e o conhecimento sobre comportamento suicida. Essa questão decorre do fato de que casos agudos de lesões violentas e casos de comportamento suicida em geral, adentram as unidades hospitalares,

predominantemente, pelos serviços de emergência, o que poderia significar uma maior exposição e reflexão da temática violência aos MR.

Foram participantes da pesquisa, os MR do primeiro (R1) e segundo (R2) ano de cada PRM selecionado que aceitaram participar da atividade para a coleta de dados. Embora os coordenadores tenham demonstrado interesse anterior na participação de seus alunos, isso só ocorreu com a manifestação individual de cada residente e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foram sinalizadas, durante a coleta e análise dos dados, algumas especificidades como: se o participante era do primeiro ou do segundo ano do PRM e se um ano de treinamento pediátrico em serviço poderia influenciar a relação dialógica desses sujeitos com a temática do comportamento suicida na infância e adolescência. Como estratégia para facilitar a adesão, propôs-se realizar essa coleta durante a atividade acadêmica regular de cada residência, usando-se o horário e o local do “Canal Teórico”. Pretendeu-se, assim, evitar as perdas de possíveis entrevistados, sem que houvesse necessidade de solicitação de liberação de alguma atividade ou gastos de deslocamentos; essa estratégia mostrou-se de grande valia.

Nos PRM selecionados, entram de seis a 12 MR ao ano, o que significa uma configuração de 12 a 24 residentes por cada campo. Considerando que há, mensalmente, residentes em estágios de difícil liberação por chefias imediatas, rodízios externos e férias, assim como faltas avulsas, atrasos ou não aceitação para a participação, estimou-se uma média de oito participantes nos Grupos Focais, o que foi atingido.

5.2 - Grupos Focais

A escolha da técnica é uma importante etapa do processo metodológico e está diretamente relacionada à construção do objeto e à definição dos objetivos de uma pesquisa ¹³⁰. Escolheu-se uma técnica que privilegiasse a fala dos residentes, revelando reflexões a partir da entrevista coletiva como instrumento de coleta de dados, objetivando “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos”, conforme Gaskell ¹³¹. (p.65) Técnica que permitisse mais do que o recolhimento de dados, obtendo uma expressão compreensiva dos entrevistados, em suas diferenças e semelhanças, através da empatia e envolvimento do pesquisador ¹³². A técnica dos Grupos Focais (GF), como outras, não deve ser sobrevalorizada, com objeto e objetivos subordinados a ela, mas também não deve ser compreendida de forma apenas instrumental. ¹³⁰

Os GF têm sua origem no âmbito da pesquisa social tendo sido muito difundidos na década de 1980 de forma instrumental para pesquisas de mercado ¹³⁰. É aqui utilizada a definição que Cruz Neto, Moreira e Sucena ¹³⁰ desenvolvem ao valorizar GF como um instrumental da investigação social:

“uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.” (p.5)

Foi essa decisão pelo debate que levou a escolha pelos GF. Diferente da colocação feita por Gaskell ¹³¹, que compara as “entrevistas individuais” e “em grupo” pela óptica da profundidade, conferindo às primeiras uma maior possibilidade de imersão, entende-se que o efeito sinérgico promovido pelo debate entre os participantes é mais que capaz de provocar um aprofundamento

de opiniões; aprofundamento que ocorre por meio dessa troca interativa. Nos GF, a tríade dialógica apresentada por esse autor ¹³¹ [S-O-S], quando dois sujeitos interagem em torno de um objeto, se amplifica em mais vozes em reflexão, ecoando um debate com potencial crítico e elucidativo.

Considerando a dureza da temática em estudo, compreendeu-se que uma abordagem coletiva dos residentes seria uma estratégia proveitosa, estimulando o confronto de diversas falas, em consenso ou dissenso, num mesmo *setting*, confortável e seguro para essa exposição de ideias e conhecimentos. Uma entrevista compreensiva, “em grupo”, baseada num debate entre os residentes e orientado por um pesquisador é o modelo para a técnica denominada Grupos Focais (GF). Uma técnica dialética para investigar a relação dos residentes de pediatria com o comportamento suicida em crianças e adolescentes.

Alinhando técnica, objeto e objetivos, definiu-se que seria realizado um GF por PRM, totalizando cinco GF ao fim do estudo; etapa que foi concluída com êxito. Sendo composto por pessoas com a mesma identidade profissional e residentes do mesmo hospital, o GF definiu-se como homogêneo ^{130,133}, o que permitiu a familiaridade nas interações, a exposição e o aprofundamento das ideias, das dificuldades, dos preconceitos e da formação de um conceito empiricamente mais elaborado

O número de participantes de um GF, segundo a literatura ^{125,127,130,133}, deve permitir duas situações aparentemente diversas: ser pequeno e viabilizar a participação de todos, mas também ser grande o suficiente para proporcionar uma diversidade de opiniões. Assim, os autores estimaram que um intervalo de quatro a 12 participantes seria um número apropriado para o uso adequado da técnica, o que se enquadrou na estimativa e execução dessa pesquisa, conforme

descrito no tópico anterior. Se os pesquisadores tivessem encontrado um grupo numericamente mais robusto de residentes, não haveria empecilhos para que fosse realizado mais de um GF nesse PRM; essa adaptação, ainda que prevista, não teve necessidade de ser acionada em campo. A técnica de GF tem duração de 60 a 90min e exige a presença de no mínimo dois pesquisadores para sua realização: um moderador (animador) e um relator ^{125,130}.

A fase inicial do GF costuma ser chamada de “aquecimento”. Foi solicitado aos participantes o preenchimento de um formulário sintético contendo seus dados sociodemográficos e a resposta a sucintas perguntas fechadas sobre comportamento suicida, ensino e prática profissional. Essas informações rápidas vieram a complementar e contextualizar as interpretações subsequentes ⁶⁰, tendo também facilitado a aproximação do tema. O formulário construído e que foi utilizado nessa fase do GF pode ser visto ao final dos elementos textuais, como apêndice I. Entendeu-se que o preenchimento desse formulário serviu para a aproximação ao tema; assim, até para melhor aproveitar o tempo disponível para a coleta de dados não foi necessária nenhuma outra atividade, como inicialmente considerado no projeto de pesquisa. Em seguida, o grupo se apresentou nominalmente e se iniciou a etapa reflexiva com as perguntas lançadas pelo moderador.

No segundo momento dessa técnica, o grupo cumpre sua função reflexiva de forma aprofundada, partindo de um roteiro de debate, manejado por um moderador auxiliado por um relator. O Roteiro de Debate é o parâmetro de condução do moderador para a realização do GF ¹³⁰. Como suposto pela metodologia qualitativa, a criatividade, a sensibilidade e a espontaneidade devem se apresentar em campo, não sendo assim, um roteiro a ser cumprido

com rigor e sim uma lista de apoio para quem dirige o grupo. Sua formulação envolve a pontuação de tópicos a serem discutidos, através de duas a três perguntas chaves e uma lista de subitens que devem ser abordados a partir de cada pergunta. A descrição da técnica aconselha que esse roteiro seja enxuto e bem estudado pelo moderador, facilitando seu manejo e discretas sinalizações gráficas durante o GF ¹²⁷. O referido Roteiro de Debate desenvolvido e utilizado como instrumento para a pesquisa encontra-se como elemento pós textual, na sessão de apêndices (Apêndice II), tendo sofrido os ajustes sugeridos na etapa de qualificação do projeto.

O moderador, que nesta pesquisa foi o mestrando, representou a função chave da técnica, responsável pelo início, motivação, mediação e conclusão dos debates, sendo o único pesquisador a realizar intervenções no diálogo. Coube, ao moderador, a maior responsabilidade pela construção das respostas, assim como pela condução do encontro, valorizando a diversidade de opiniões e estimulando e garantindo oportunidades equânimes a todos. Ao moderador é aconselhável um comportamento empático e compreensivo, ao mesmo tempo que precisa ter conhecimento preciso do roteiro desenvolvido previamente ^{127,130,133}. Como sugere Minayo ¹²⁹, o campo é capaz apurar as habilidades do pesquisador que se mostre sensível a ele, sendo possível pontuar que as primeiras duas moderações serviram de aprendizagem para as três subsequentes.

O relator representa o outro pesquisador essencial; cabe a ele se manter atento às manifestações verbais e não verbais, fazendo registros escritos de toda a dinâmica do GF, pontuando principalmente o que não é possível de ser captado pelo registro em áudio e depois transcrito. O relator também auxilia na

organização do ambiente e logística tecnológica, evitando que o moderador precise fazer pausas durante a condução das entrevistas ^{130,133}. Essa função foi realizada prioritariamente por uma pesquisadora convidada e voluntária, mestre em Psicologia Clínica e participante de projetos de pesquisa do IFF. Dois outros pesquisadores, mestres em Saúde Pública e médicos do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), revezaram-se na função de segundo relator; assim, três pesquisadores estiveram em cada GF (um moderador e dois relatores). Ao fazer o registro das falas, os relatores não identificaram nominalmente o MR, utilizando pseudônimos ou numerações, quando necessário, para facilitar a análise dos dados ocorrida posteriormente.

O mestrando se responsabilizou pelo processo de transcrição dos áudios e de organização dos registros escritos, encaminhando-os para a análise, que ocorreu sob a orientação direta da professora orientadora do projeto. Nela se buscou encontrar as relevâncias apontadas no debate empírico, dando-se ênfase aos consensos, dissensos e especificidades dos grupos. Essa análise permitiu o reconhecimento de algumas categorias empíricas que foram contextualizadas e confrontadas com o reconhecimento trazido pela literatura, o que é exposto com mais detalhes a seguir.

Metodologicamente, os dados empíricos ou primários conforme extraídos nos Grupos Focais, precisam ser trabalhados e refinados para se tornarem passíveis de análise. Esse é um trabalho árduo e se iniciou com a valorização e exploração das relevâncias colocadas pelos residentes em confronto com o teorizado na bibliografia. Ter-se atentado aos detalhes, em leituras e críticas

seriadas do material registrado e transcrito, para então demarcar os consensos e os dissensos surgidos nos encontros, permitiu uma classificação desses dados e a exposição de categorias empíricas ou unidades de sentido ¹²⁷. Esse movimento de leituras reiterativas e cheias de perguntas é denominado como “saturação” por Minayo ^{125,134} e permite que as primeiras categorias empíricas sejam tipificadas, ação que pode ser considerada uma primeira elaboração teórica.

Tal tipificação partiu, inicialmente, da possibilidade de compreender empaticamente os encontros, as falas e as inter-relações ocorridos em campo, na ação e na sua linguagem reconhecidamente conflituosas e contraditórias seja pelas diversas relações de poder, seja pelas influências culturais na compreensão do suicídio, fenômeno tão marcado por mitos e preconceitos. A compreensão do material empírico é o ponto de partida para a futura interpretação, quando se apropria do que se compreendeu, segundo Minayo⁴¹: “a interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido.”(p.623)

Uma etapa importante nessa análise foi pela definição de se separar ou não os GF de acordo com as falas apresentadas. Não foi possível saber, de antemão, se haveria discursos e conceitos relevantemente diferentes que levassem à distinção em grupos ou ainda em quantos grupos. Algumas hipóteses levantadas sugeriam que tais discursos seriam diferentes de acordo onde o PRM foi realizado.

Sob confronto teórico e com os passos descritos, os dados coletados foram primeiramente objeto de entendimento e de compreensão. Depois,

criticados, categorizados e tipificados, chegando-se ao sentido das falas contextualizadas. Espera-se ter conseguido compreender as vozes dos médicos residentes, partindo para a interpretação de segunda ordem, quando se buscou confrontar a tipificação com a literatura ⁴¹.

Assim, espera-se que a interpretação dos dados coletados surpreenda os próprios residentes, pois terá ido além de suas falas categorizadas. Buscou-se ao final, fazer uma nova revisão do material interpretado, triangulando internamente o material de campo coletado e pedindo a colegas que lessem os escritos, de forma crítica e construtiva, garantindo assim a fidedignidade esperada de uma pesquisa qualitativa ¹²⁷. Nesse ponto, o mestrando assumiu uma função autoral ¹³⁵ e pôde fazer as devolutivas formais e a escrita dos resultados para futuras publicações e discussão. Um esquema sintético do processo analítico adotado na pesquisa pode ser visto na figura 4 (abaixo).

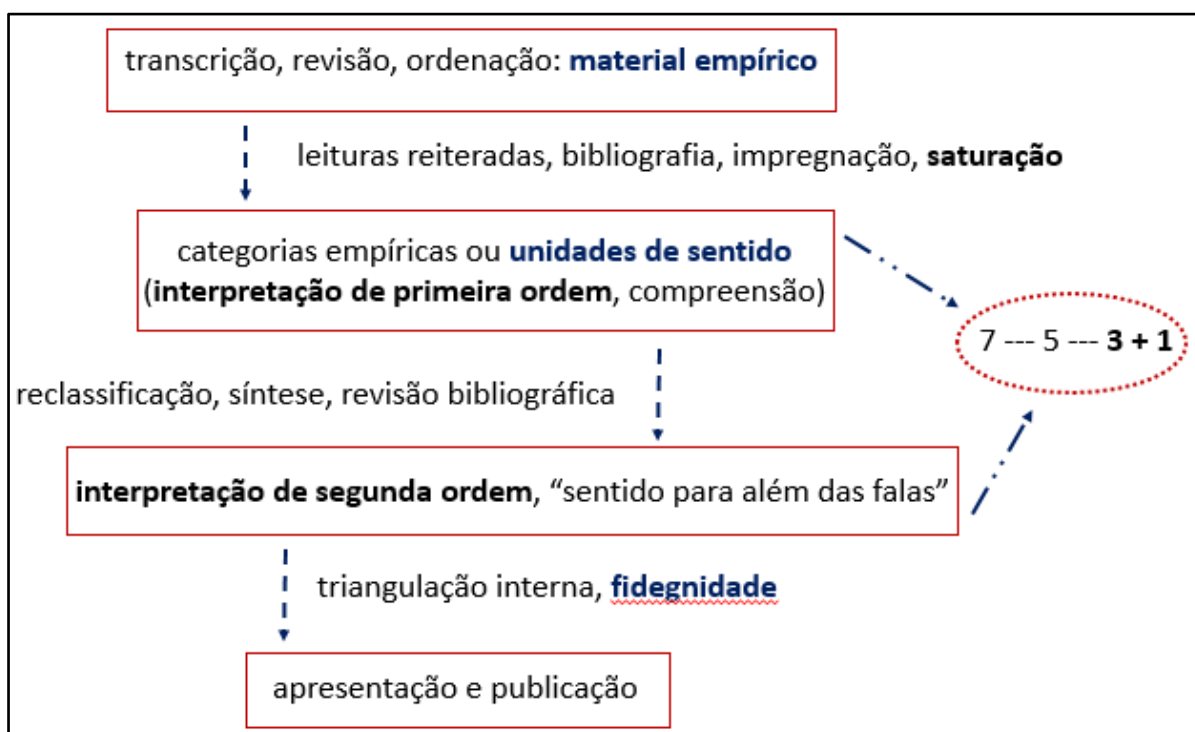


Figura 4 – Esquema síntese do processo analítico realizado na pesquisa

Fonte: os autores, adaptação de Minayo (2014).

Sintetizando, a proposta metodológica foi que os GF nos PRM possam ter suscitado experiências, vivências, expressões de sentidos comuns e ações frente à temática estudada, permitindo aos pesquisadores o aprofundamento do tema sob a ótica dos residentes ^{41,125}. Entende-se ser esse método, essa técnica e essas estratégias adequados e consistentes para a compreensão e interpretação do objeto.

Duas ponderações sobre o mestrando devem ser registradas dentro das questões metodológicas. A primeira se refere a sua posição como moderador dos GF. Compreende-se que os substratos teóricos e reflexões junto com a Prof.^a Dr.^a orientadora foram suficientes para sua atuação. A prática do campo não é equalizada pela teoria, mas o campo em si tem sua sequência intrínseca de desafios, como bem explicitados e ilustrados por autores clássicos da antropologia, como Malinowski ¹³⁶. Ainda assim, de forma complementar, durante o cumprimento da disciplina “Pesquisa Qualitativa” oferecida pelo PGSCM, o mestrando “treinou” esse papel numa atividade educacional proposta, quando alguns alunos se voluntariaram e prepararam previamente a organização e o roteiro de um GF sobre “Saúde do Pós-graduando”. A atividade foi satisfatória, os alunos receberam as congratulações, críticas e orientações da docente responsável, de forma que se entende ter sido esse um treinamento preliminar para a função de mediador ocorrida durante a pesquisa.

A segunda ponderação remete aos conceitos da pesquisa social, tendo sido refletida pelo mestrando durante as disciplinas do programa de mestrado e a construção do objeto. As reflexões partiram da problematização sobre a possibilidade de um “papel duplo”: ser sujeito pesquisador e ser sujeito médico, assistente e conhecido dos participantes da pesquisa, em alguns casos,

presente na formação deles. Tais questões levaram ao pensamento de resgate das proposições de Da Matta ¹³⁷ sobre quem e o que é o exótico e o familiar numa pesquisa de campo. O reconhecimento da necessidade de um afastamento do que soa familiar ao pesquisador é fundamental para uma abordagem; ao mesmo tempo, a compreensão empática para com o exótico, passa pela necessidade de uma subjetividade. A permissão e a valorização dessa subjetividade permitiram a transposição de uma ciência natural a uma ciência interpretativa ^{102,138}, que fez com que sujeitos, papéis e cenários provavelmente conhecidos e experimentados pelo pesquisador fossem parte do objeto de sua pesquisa. A pesquisa social demanda um equilíbrio de razão e emoção para o lidar harmônico, e nunca neutro, com o que é familiar e o que é exótico: mais razão aproxima o exótico do familiar, menos emoção traz o familiar ao exótico; sendo ambas, razão e emoção, fortemente demarcadas pessoalmente.

5.3 - Considerações Éticas

Reconhecendo as dificuldades de participação de médicos residentes em entrevistas e entendendo que os participantes da pesquisa devam também ser beneficiados por essa, propôs-se, como contrapartida, uma atividade educacional sobre comportamento suicida na infância e adolescência. Esse segundo encontro ocorreu após a realização do GF, seguindo os interesses e possibilidades dos PRM. O pesquisador principal possui experiência didática, já tendo participado de atividades semelhantes, e colocou-se aberto à preparação de um formato da atividade educativa dentro do desejado pelos residentes: aula expositiva, casos clínicos, leitura de artigos etc. De alguma forma, essas

atividades educativas foram respostas a demandas e chamados do próprio campo, como se observou na fase exploratória, e não deixam de representar parte do que Bourdieu chama de “sistema de dívida e dádiva”, como referenciado por Tornquist ¹³⁹, colaborando na co-construção de um conhecimento.

Os dois encontros com os residentes só ocorreram após as devidas autorizações pelos CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) de cada unidade. A pesquisa teve como Instituição Proponente o Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, a partir do qual foi submetida, via Plataforma Brasil, ao seu CEP e, posteriormente, replicado aos CEP das instituições coparticipantes.

Para essa submissão, foi necessário o ajuste documental exigido por cada CEP, sempre acompanhado da Carta de Anuência dessa unidade para a participação dos sujeitos; os coordenadores de cada PRM, mesmo tendo dado um aceite na fase inicial de definição e reconhecimento do campo, formalizaram essa autorização junto a cada unidade. O mestrando esteve ciente das dificuldades administrativas e impasses que poderiam vir a enfrentar na gestão dos prazos; o projeto poderia ter tido uma sequência viável mesmo com a retirada de uma dessas unidades do campo, o que não foi necessário.

Como já descrito, cada MR teve que assinar o TCLE formalizando o aceite na participação, mesmo após a autorização do coordenador de seu PRM; apesar do GF ocorrer durante uma atividade do Canal Teórico, entende-se que isso não configurou um constrangimento à participação individual. Os TCLE foram assinados em duas vias: uma permaneceu com o residente participante e outra encontra-se devidamente protegida, em posse do mestrando. Os anonimatos institucional e individual foram mantidos nos registros e o serão nas publicações,

evitando situações embaraçosas ou de assédio moral para com os MR; até por isso, os coordenadores não estiveram presentes durante o GF. A qualquer momento, o residente pôde se retirar dos encontros; uma recusa ao GF no primeiro encontro não impediu sua presença no segundo, durante a aula expositiva com seus pares que participaram previamente.

Apesar de todo cuidado e liberdade, foi continuamente reconhecido que, de acordo com as vivências pessoais, experiências prévias e subjetividades, o assunto pode ter sido delicado e desconfortável para os MR. Entende-se que esse foi o principal risco da pesquisa. Embora a participação de todos no GF fosse desejável, nenhum MR foi coagido ou constrangido a se expressar verbalmente, muito menos a fazer referências a seus conflitos pessoais. Ainda assim, caso desejassem se aprofundar nessas questões devido a algum desconforto ou sofrimento gerados, foi oferecida a oportunidade, em privado e individualmente, não associado à pesquisa, para um acolhimento inicial e abordagem técnica pelo pesquisador responsável, que possui formação em psiquiatria. Em apenas um GF, uma residente solicitou uma conversa, mas que apresentou um caráter técnico e profissional, não vinculado a sofrimentos pessoais. Se fosse julgado clinicamente necessário, o coordenador do PRM poderia vir a ser acionado dando seguimento na condução institucional da ajuda especializada ao MR.

Quanto aos benefícios aos participantes, individualmente, o MR teve a oportunidade, junto com uma equipe capacitada, de discutir e refletir sobre comportamento suicida na infância e adolescência, temática pertinente, mas negligenciada pela formação médica. Isso teve um potencial impacto positivo em sua formação como pediatra e ocorreu dentro das atividades de seu PRM, não

lhe rendendo despesas ou exigindo pré-requisitos. Coletivamente, a pesquisa pôde permitir ao PRM uma atividade que supre uma parte da demanda que tem sido reconhecida pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com isso, o PRM tornou-se um beneficiado. Ainda coletivamente, mas de forma estrutural, a devolução aos órgãos reguladores da Residência Médica e à SBP, assumida pelo mestrando, oferece um cenário de relevância para o Ensino Médico no Rio de Janeiro e no país.

Enquanto instituição proponente, o CEP IFF foi o primeiro a emitir seu parecer (CAAE 83311518.0.00005269), que tendo sido favorável, possibilitou a replicação em outros três comitês. Um dos cinco hospitais selecionados não apresentava CEP próprio, de forma que o CEP da instituição proponente se configurou como o responsável por essa unidade. Assim, os outros três CAAE que autorizaram a pesquisa são: 83311518.0.3001.5253, 83311518.0.3004.5243, 83311518.0.3002.5259. Os quatro pareceres consubstanciados podem ser vistos na seção de anexos (anexos I, II, III e IV).

6 - RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa “Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência”. Para facilitar essa exposição, ele foi subdividido em quatro seções. A primeira (Grupos Focais: caracterizações e perfis) distingue os cinco grupos, em suas características e perfis sociodemográficos. A segunda (Grupos Focais: sínteses representativas) apresenta uma exposição resumida de alguns dos consensos e dissensos surgidos, com algumas reflexões sobre o universo dos 44 médicos residentes (MR) participantes, com base na compilação dos dados dos cinco Grupos Focais (GF). A seção seguinte (6.3) exhibe uma classificação dos efeitos que os GF provocaram nos residentes, a partir da proposição autoral de cinco “categorias-oportunidades”. A última, de forma sucinta, elenca as três categorias de análise definidas após a compreensão e a interpretação das entrevistas coletivas; no capítulo seguinte (Discussão), essas unidades de sentido ¹²⁷ recebem um maior aprofundamento, com algumas contextualizações e considerações teóricas e reflexivas.

Os capítulos 6, 7, 8 e 9 exibem diversas falas dos MR participantes dos GF, fragmentos dos diálogos transcritos, ilustrando e exemplificando as argumentações e discussões. Os nomes dos MR foram preservados, sendo sua identificação dada apenas pela numeração do GF e pelo seu ano no PRM (R1 ou R2). Para a manutenção desse anonimato, o sexo masculino foi escolhido para as descrições dos participantes. Apesar da análise linguística não ter sido o foco da análise, alguns traços da oralidade foram mantidos, permitindo maior naturalidade e fluidez às falas do MR.

6.1 - Grupos Focais: caracterizações e perfis

Como exposto em seções anteriores, os dados da pesquisa foram coletados em cinco momentos, com a realização dos cinco Grupos Focais no período entre 15 de maio e 03 de julho de 2018. As datas foram decididas com os respectivos coordenadores, segundo a disponibilidade e logística dos Programas de Residência Médica (PRM), assim que cada Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) emitiu sua aprovação em parecer específico (seção de anexos). Dessa forma, a ordem dos GF não seguiu nenhuma diretriz relacionada à pesquisa, sendo definida a partir das demandas e exigências do próprio campo.

De forma a introduzir os resultados e permitir uma aproximação do leitor com os sujeitos, suas falas, suas compreensões e interpretações do tema em pauta, elementos importantes para a validação dos estudos qualitativos ¹²⁹, são apresentadas breves descrições de cada GF, que constituem sínteses a partir das anotações dos relatores e da análise das respostas dos formulários utilizados na fase de aquecimento (como indicado no capítulo 5.2).

6.1.1 - GF 1

O primeiro GF foi realizado num Hospital Federal na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital quaternário, onde a pediatria apresenta ambulatórios de especialidades, enfermarias e um serviço de emergência com funcionamento instável. Apesar de ter sido reinaugurado com novas instalações em data próxima à realização do GF, o serviço estava inoperante no momento da coleta de dados. O PRM dessa unidade é tradicional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, recebendo 12 novos residentes a cada ano.

O GF 1 ocorreu na manhã do 15 de maio de 2018, com a participação de 12 residentes e três pesquisadores (o mestrando como mediador e dois pesquisadores convidados como relatores). Dois residentes foram impedidos de participar pois chegaram à sala após o início do grupo. A atividade acadêmica posterior aconteceu no dia 22 de maio, com a presença de 18 residentes. O perfil do GF 1 assim se dispõe: dois homens e 10 mulheres, média de idade de 27 anos e mediana de 26,5 anos, quatro residentes casados e oito solteiros. Seis residentes moram com a família, cinco com parceiros e um em alojamento ou república. Oito se apresentam como sendo religiosos (seis católicos, um espírita e um evangélico), sendo que desses, cinco se consideram praticantes. Os residentes se distribuíram igualmente como do primeiro (R1) e do segundo (R2) ano. Do total, 75% declararam realizar algum trabalho (regular ou avulso) além da residência médica.

O GF ocorreu numa sala de aula em prédio anexo ao hospital, com cadeiras confortáveis, ar condicionado e água disponível; apesar do certo isolamento, eram constantes ruídos hospitalares vindo do pátio. Houve participação de todos os residentes, mesmo que apenas mediante provocação, com pouca movimentação ou conversa paralela. Nenhum participante manifestou desconforto ou constrangimento. Um residente do segundo ano, ao fim, solicitou informações sobre a formação em psiquiatria da infância e adolescência. O GF teve duração total de 65 minutos, sendo os primeiros nove, de orientações e aquecimento.

Em relação ao comportamento suicida na infância e adolescência, cinco dos residentes do GF 1 afirmaram já terem atendido profissionalmente casos de automutilação e quatro deles, casos de tentativas de suicídio. Do total dos

participantes, sete relataram ter tido aulas na graduação sobre esse tema, embora nenhum tenha referido qualquer cenário de discussão ou reflexão durante a RM em pediatria ou em eventos científicos extracurriculares aos quais compareceram. Um dos 12 MR referiu ter realizado, nos processos seletivos para ingresso na RM, uma questão sobre o comportamento suicida ao longo da vida; porém não houve relatos sobre questões que abordassem o comportamento suicida especificamente na infância e adolescência.

6.1.2 - GF 2

O segundo GF ocorreu em 25 de maio de 2018 num Hospital Estadual na Baixada Fluminense. Essa unidade hospitalar apresenta-se como um importante polo sanitário regional, sendo responsável por muitos atendimentos, principalmente os de caráter emergencial, atendendo também diversos municípios adjacentes. O serviço de emergência pediátrica apresenta uma grande estrutura, em pleno funcionamento, e é um cenário de prática fundamental para o PRM.

Esse PRM recebe anualmente seis residentes, muitos dos quais tiveram esse hospital como componente de sua formação médica na graduação. Apesar de não ser um HU, apresenta convênio com uma faculdade de medicina particular localizada na região. O GF 2 aconteceu numa pequena sala no ambulatório de pediatria, que apesar da circulação de funcionários nos corredores, constituiu-se num ambiente acolhedor para o grupo. Três pesquisadores participaram da atividade de coleta de dados com os sete residentes, que se iniciou antes de 8h da manhã e durou cerca de 67 minutos,

considerando os 10 iniciais para explicações e preenchimento da ficha de dados sociodemográficos.

Dos sete residentes do GF 2, cinco eram mulheres e dois homens, média e mediana de idade de 28 anos, havia um casado e seis solteiros, sendo que quatro moram com os pais, dois com os companheiros e um sozinho. Seis residentes se consideram religiosos (três espíritas, dois católicos e um evangélico) e desses, cinco apresentam-se como praticantes. No GF 2, quatro residentes eram do primeiro ano e três do segundo; todos possuem alguma forma de trabalho além da RM.

Dos sete participantes, dois se destacaram: um por assumir um papel dominante no grupo e um por apresentar uma única fala espontânea e crítica durante todo o processo de discussão. O preenchimento da ficha de dados sociodemográficos não funcionou bem durante a fase de aquecimento: os participantes mostraram-se indiferentes ao instrumento. O aquecimento se deu com a introdução das perguntas norteadoras do Roteiro de Debates e da fala dos próprios residentes. Não houve nenhuma situação embaraçosa ou de manifestação individual de sofrimento. A atividade acadêmica ocorreu no Centro de Estudos do hospital, com divulgação autorizada, no dia 06 de julho de 2018; cerca de 10 residentes e alguns supervisores e funcionários compareceram.

Dos sete residentes participantes do GF 2, três já realizaram atendimento a crianças e adolescentes após tentativas de suicídio, sendo que um desses também já assistiu casos de automutilação. Embora seis tenham reportado terem sido expostos a essa temática durante a graduação médica, nenhum deles apontou que isso tenha ocorrido durante a RM em pediatria. Nenhum dos participantes do GF 2 respondeu a questões sobre comportamento suicida em

concursos de residência médica, sendo que dois deles sinalizaram já terem assistido a aulas ou palestras sobre o tema em eventos científicos.

6.1.3 - GF 3

O terceiro GF foi realizado durante o canal teórico matinal do PRM no dia 11 de junho de 2018 em hospital na Zona Sul do município do Rio de Janeiro. Esse hospital configura-se como uma unidade de saúde vinculada a uma instituição de pesquisa, tendo mulheres, crianças e adolescentes como seus pacientes. O perfil de crianças e adolescentes assistidos no serviço de pediatria desse hospital caracteriza-se como de alta complexidade, com prevalência de síndromes genéticas e malformações, dependência de tecnologia e doenças crônicas. Os residentes dessa unidade têm esses descritores acompanhando sua formação pediátrica.

O PRM desse hospital recebe 12 residentes por ano, sendo muitas vezes procurado pelas breves características descritas acima. O GF 3 teve a participação de 13 residentes, sendo apenas três R2 comparados a dez R1. Três pesquisadores estiveram presentes, tendo a coleta de dados fluído sem intercorrências, em ambiente aconchegante mesmo com esse número de participantes. A duração do GF 3 foi de 64 minutos. A ficha de dados demográficos foi utilizada como aquecimento (cerca de oito minutos), o que nesse grupo foi facilitada pelo provável conhecimento do mediador pelos residentes. Ressalta-se que durante a coleta de dados, a associação do pesquisador mediador enquanto supervisor do próprio programa ou ainda enquanto pesquisador sobre a temática do comportamento suicida foi pouco acionada.

O perfil do GF 3 é o seguinte: uma média de idade de 27,8 anos e uma mediana de 27 anos, dois homens e 11 mulheres, 12 solteiros e um casado. Sete residem com a família, três com seus parceiros, dois em alojamento e um sozinho. Oito residentes manifestaram ter algum trabalho além da residência. 10 se autodenominam religiosos (seis católicos e quatro espíritas), sendo a metade praticante.

O maior destaque apresentado no GF 3 foi o relato espontâneo de um caso de suicídio, ocorrido em 2017, por um residente desse hospital. Os residentes do segundo ano, por terem convivido e conhecido essa pessoa, resgataram esse fato que foi debatido em diferentes circunstâncias durante o GF 3. É possível que esse suicídio tenha sido feito com que a atividade acadêmica subsequente no dia 13 de junho (dois dias depois do GF) tenha sido procurada por alguns residentes de áreas de atuação pediátricas: um total de 20 residentes e três supervisores participaram da discussão sobre comportamento suicida na infância e adolescência.

Dos 13 residentes do GF 3, quatro informaram já terem realizado atendimento a crianças e adolescentes com tentativa de suicídio. Ainda desses 13, três assistiram casos de automutilação no público pediátrico. Sete relataram terem tido aulas sobre comportamento suicida ao longo da vida na faculdade de medicina; porém, apenas um informou ter participado de uma discussão sobre essa temática enquanto residente de pediatria. Considerando eventos científicos extracurriculares, um residente apontou já ter assistido exposição sobre esse tema. Tendo como análise as provas de seleção de RM, dois residentes apontaram terem respondido a questões sobre comportamento suicida ao longo da vida e um desses também na infância e adolescência.

6.1.4 - GF 4

O quarto GF mostrou-se como o mais atípico em seu funcionamento e não apenas por seu menor número de participantes que foi de cinco residentes, sendo três R1 e dois R2. O GF 4 ocorreu no dia 26 de junho de 2018, com duração de 65 minutos, no horário de almoço, não havendo uma organização temporal e espacial garantidas previamente. Assim, houve o empenho dos dois pesquisadores para que um espaço adequado fosse obtido e que não houvesse interrupções durante a coleta de dados. Apesar do apoio e incentivo da coordenação do PRM, isso sinalizou uma lacuna acadêmica do próprio programa. Uma pós-graduanda estrangeira de pediatria foi impedida de participar da atividade, por não ser médica residente, estando vinculada a outro modelo de especialização pediátrica. A atividade subsequente, mesmo aberta para outros residentes e alunos da graduação e da pós-graduação, foi realizada no dia 28 de junho, com a presença de seis residentes, que pelo horário destinado à atividade, gradativamente tiveram que sair para o cumprimento de suas ocupações profissionais.

O GF 4 foi realizado em hospital universitário no Leste Fluminense da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Seu PRM apresenta um importante protagonismo nessa localidade, com um histórico sólido junto ao HU, recebendo sete residentes a cada ano. O HU é de alta complexidade, com diversas especialidades pediátricas, com um serviço de emergência pediátrica regulado, recebendo crianças e adolescentes de outras unidades de saúde da região.

Compunham o GF 4: três mulheres e dois homens, sendo a média de idade de 26,4 anos e a mediana de 26 anos; todos são solteiros, dois moram com a família, dois com seus parceiros e um em alojamento ou república. Os

cinco consideram-se religiosos (quatro são católicos e um é evangélico), sendo dois praticantes. Todos realizam alguma modalidade de trabalho fora da RM.

A dificuldade apresentada para começar o grupo refletiu em seu desenrolar, com um envolvimento tardio dos participantes, ainda que tenha sido utilizado o mesmo instrumento na fase de aquecimento. O número pequeno de pessoas fez que situações cotidianas e conflitos pessoais fossem evocados diversas vezes pelo GF, demandando uma atuação mais precisa do mediador. O suicídio de um residente de outro hospital em 2017 foi lembrado espontaneamente pelo GF, que se mostrou sensibilizado. Apesar dos conflitos que emergiram, não houve uma situação de constrangimento ou sofrimento referido por componentes do grupo.

Considerando a infância e adolescência, quatro residentes reportaram já terem assistido profissionalmente casos de automutilação e destes, dois assistiram casos de tentativas de suicídio. Os mesmos quatro residentes referiram ter tido, durante a graduação, alguma aula que expusesse a temática do suicídio ao longo da vida. Porém, nenhum deles teve qualquer aula ou discussão sobre o tema durante a RM em pediatria. Apenas um dos cinco residentes mencionou ter participado de aula ou palestra sobre comportamento suicida na infância e adolescência, mas em evento científico. E nenhum se deparou com perguntas sobre comportamento suicida (ao longo da vida ou especificamente na infância e adolescência) nos concursos de seleção para residência médica.

6.1.5 - GF 5

O quinto e último GF ocorreu num HU na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, no dia 03 de julho de 2018. Apesar de uma grave crise financeira que recentemente assolou essa universidade e seu HU, esse programa se manteve como uma das principais opções de RM em pediatria do estado fluminense, sendo na sua característica generalista seu maior reconhecimento na formação pediátrica. Essa unidade hospitalar configura-se como quaternária, tendo uma importante função no fluxo do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, ainda que não possua serviço de emergência. Uma característica marcante nesse HU é o serviço especializado (enfermaria e ambulatório) para adolescentes, evocado diversas vezes pelos residentes dos GF 5 e 4, como espaços importantes de sua prática como residentes.

O PRM recebe 12 residentes anualmente. Sete residentes participaram do GF 5, sendo quatro do primeiro ano e três do segundo. Três pesquisadores estiveram presentes nessa coleta de dados, com duração de 53 minutos, que, apesar de alguns dissensos, apresentou forte conciliação entre os participantes durante todo o decorrer da discussão e um envolvimento marcante por parte deles desde o início do debate. Sendo o quinto GF, é possível que a experiência crescente adquirida em campo pelo mediador tenha facilitado a condução do debate. O GF ocorreu numa pequena e confortável sala próxima ao departamento de pediatria e foram oferecidos água e café aos MR. Não houve expressão de desconforto ou sofrimento psíquico por parte deles.

Do GF 5 participaram seis mulheres e um homem, com média de idade de 27,1 anos e mediana de 27 anos. Seis residentes solteiros e um casado, sendo que três residem com suas famílias, dois sozinhos e dois com seus

parceiros. Seis afirmaram ter religião (três espíritas e três evangélicos), sendo que quatro se identificaram como praticantes. Dos sete, apenas um reportou não ter algum trabalho além da residência.

Seis afirmaram já terem atendido profissionalmente casos de automutilação e de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes, dentro ou fora do HU. Dos sete, cinco referiram terem tido aulas na graduação sobre comportamento suicida ao longo da vida; porém, nenhum deles mencionou qualquer atividade a respeito durante a residência médica. Apenas um dos sete assistiu a aulas ou palestras sobre comportamento suicida na infância e na adolescência em evento científico. Igualmente, nenhum foi perguntado por questões sobre o tema nas provas de seleção para residência médica.

A atividade educativa sobre comportamento suicida na infância e adolescência foi realizada no dia 10 de julho de 2018, em horário destinado à Sessão de Pediatria do hospital. Assim, houve a participação dos residentes do PRM, de alguns de seus professores e supervisores e dos alunos do internato de pediatria, totalizando cerca de 40 pessoas.

6.2 - Grupos Focais: sínteses representativas

Esta seção não tem por objetivo homogeneizar os sujeitos participantes da pesquisa ou ainda gerar dados que permitam sua extrapolação, configurando esses residentes como uma amostra estatisticamente representativa dos PRM em pediatria do Rio de Janeiro. Mas fazer uma leitura transversal das falas dos participantes da pesquisa buscando os pontos mais relevantes e comuns. Entende-se que a compilação de alguns dos dados, consensos e dissensos

obtidos na fase inicial dos GF permite considerações pertinentes ao objeto dessa pesquisa.

44 residentes assinaram o TCLE e aceitaram individualmente participar do GF realizado em seu próprio PRM. Não houve até o momento, a curto e médio prazos, solicitações de ajuda, pelos participantes, a respeito de sofrimentos pessoais ou a constrangimentos em relação à temática gerados pela pesquisa. Essa foi a preocupação assumida como o maior risco da pesquisa e apresentada junto aos CEP. Uma coordenadora de um dos PRM envolvidos procurou o mestrando cerca de quatro meses após a realização do GF em sua unidade para discutir sobre um residente que carecia de ajuda especializada; a coordenadora foi acolhida e foram tecidas considerações sobre o residente e a organização do PRM.

Os participantes mostraram-se à vontade com a presença dos pesquisadores e com os dois ou três dispositivos de gravação de áudio colocados em diferentes pontos da sala. Optou-se por uma organização em círculo para facilitar uma comunicação horizontal e o debate. Como previsto pela técnica, todo GF apresentou um participante que tendia ao controle das falas, o que foi atenuado pelo moderador, incentivando a expressão de todos. A atuação do mestrando nitidamente foi sendo apurada a cada GF, o que pôde ser notado pelos relatores e pela análise seriada do material transcrito. A satisfação pessoal e a surpresa dos residentes com a atividade proposta foram marcantes em suas falas, na etapa final de cada GF, o que, por si só, conferiu uma importante função social e ética que a pesquisa assumiu.

Em relação à idade dos componentes dos grupos, observa-se que são muito jovens: média de 27,27anos, mediana de 27 anos e moda de 26 anos.

Conforme verificado na tabela 1 (abaixo): 27 eram residentes do primeiro ano (61,3%), 35 do sexo feminino (79,5%), 35 se declararam religiosos (79,5%) e apenas 9 (20,5%) afirmaram não ter alguma modalidade de trabalho além da residência médica. Curiosamente, a porcentagem de residentes do sexo feminino equivale à média nacional conforme publicação recente do Conselho Federal de Medicina, onde 74,2% dos 36993 dos pediatras registrados no país são mulheres ¹⁴⁰.

Tabela 1- Perfil dos Médicos Residentes de Pediatria que participaram da pesquisa

	Ano na Residência		Sexo		Trabalho		Religião	
	R1	R2	Masc.	Fem.	Sim	Não	Sim	Não
GF 1 = 12	6	6	2	10	9	3	8	4
GF 2 = 7	4	3	2	5	7	0	6	1
GF 3 = 13	10	3	2	11	8	5	10	3
GF 4 = 5	3	2	2	3	5	0	5	0
GF 5 = 7	4	3	1	6	6	1	6	1
Total = 44 100%	27 61,3%	17 38,7%	9 20,5%	35 79,5%	35 79,5%	9 20,5%	35 79,5%	9 20,5%

A tabela 2 (a seguir) expõe de forma resumida informações relativas aos ensinamentos médico e pediátrico, assim como sobre a atuação profissional dos residentes entrevistados. A diferença apresentada entre o número dos que reportaram ter tido aula/discussão sobre a temática do comportamento suicida durante a graduação (29) e durante a residência em pediatria (1) é muito relevante e corrobora a hipótese sobre as lacunas apresentadas na formação pediátrica desses médicos. Isso sugere também que as graduações em medicina, apesar de todas as limitações que apresentam, têm uma preocupação maior sobre o tema do que as residências médicas pediátricas.

Essa constatação indica que os PRM avançaram de forma precária no ensino teórico e prático dessa temática, não conseguindo responder à demanda da saúde pública e da Nova Pediatria. Ressalta-se que, na formação médica geral durante a graduação, o comportamento suicida é discutido sob a prevalente ótica da clínica de adultos, com pouco espaço para as especificidades que a infância e a adolescência apresentam. Se a abordagem do suicídio no adulto é restrita e, mesmo academicamente, permeada por tabus, é ainda mais quando considerado o público pediátrico, o que configura uma maior responsabilidade dos programas de formação da área. Um residente afirmou bem essa situação:

Quando eu rodei na psiquiatria, teve a matéria na faculdade, mas isso não é voltado para criança, ninguém nunca falou “Ah, suicídio na infância!” Isso é uma coisa que fica muito, muito fora assim do nosso dia a dia [R2, GF3].

Tabela 2 – Formações médica e pediátrica e atuação profissional dos Médicos Residentes de Pediatria que participaram da pesquisa

	GF1 (12)	GF2 (7)	GF3 (13)	GF4 (5)	GF5 (7)	Total (44= 100%)
Aula / Discussão durante graduação médica	7	6	7	4	5	29 (65,9%)
Aula / Discussão durante a Residência Médica de Pediatria	0	0	1	0	0	1 (2,2%)
Questão na seleção da RM sobre comportamento suicida (ao longo da vida e infância e adolescência)	1	0	2	0	0	3 (6,8%)
Aula / palestra em eventos científicos	0	2	1	1	1	5 (11,3%)
Atendimento profissional de casos de automutilação na infância e adolescência	5	1	3	4	6	19 (43,1%)
Atendimento profissional de casos de tentativa suicídio na infância e adolescência	4	3	4	2	6	19 (43,1%)

Não houve diferença significativa no conteúdo das falas em relação ao “espaço formal de ensino” (elemento da questão um do Roteiro de Debates) quando comparados R1 e R2. Durante a transcrição e revisão dos áudios e com o auxílio das notas e mapas do campo de pesquisa, foi possível que todas as falas fossem categorizadas como de residentes do primeiro e do segundo anos. Embora as fichas demográficas tenham sinalizado uma diferença numérica entre esses dois grupos (27 R1 e 17 R2), durante o GF observou-se uma semelhança em seus discursos. Assim, a hipótese, anterior ao trabalho de campo, de que um maior tempo no PRM poderia proporcionar um conhecimento maior aos R2 não pôde ser comprovada.

Os diversos dissensos nos GF não tiveram “os espaços formais de ensino” como argumentação ou exemplificação. O conhecimento formal declarado e revelado por residentes do primeiro e do segundo anos foi semelhante. A diferença não teve o tempo de residência como uma variável importante. E, sim, as experiências de trabalho fora da residência, a proximidade relacional com familiares, amigos e conhecidos que tiveram casos de comportamento suicida em seu ambiente, o interesse pessoal pela temática e o senso comum permeado pelo tabu. Embora 79,5% dos MR tenham se declarado como religiosos (tabela1), o conteúdo discursivo não refletiu essa alta prevalência da vinculação a uma religião. Não apareceram termos, expressões ou referências diretamente correlacionadas a uma ou mais religiões no diálogo entre os participantes, mesmo quando questões morais compunham a agenda.

Demarcando as lacunas da formação pediátrica, os dados da pesquisa (tabela 2) demonstram que aproximadamente metade dos residentes (43,1%) referiram já ter realizado atendimentos profissionais em casos de tentativas de

suicídio ou de automutilação. Embora o instrumento não tenha permitido caracterizar os locais desses atendimentos, é possível inferir que a realidade dos cenários de ensino dos PRM não esteja compatível com a realidade clínica e epidemiológica encontrada pelos pediatras em formação. Ou os cenários de prática dos PRM não têm refletido a realidade desses atendimentos (inferência corroborada pelo dado de que 79,5% dos residentes referirem alguma modalidade de trabalho fora da RM, conforme exposto na tabela 1) ou não têm havido supervisões e discussões a partir dos casos que apresentam. Ambas ponderações servem como alerta aos coordenadores e às Sociedades de Pediatria.

Mesmo sendo difícil avaliar a variável sobre o papel dos eventos científicos em trazer o tema em pauta para a discussão, pelo fato de serem um componente extracurricular que não se enquadra sob a responsabilidade dos PRM, uma porcentagem baixa dos residentes (11,3%) relatou ter assistido a aulas ou palestras sobre comportamento suicida (tabela 2). Duas hipóteses confluentes podem ser, assim, consideradas: a primeira é que são poucos os eventos que têm essa temática em suas programações; a segunda é que há pouco interesse dos residentes no assunto, mesmo quando presente nas agendas dos eventos. Concorrente a essas duas hipóteses, pode-se afirmar que a capacitação formal dos pediatras para os atendimentos citados foi maior nas faculdades do que nos PRM ou em eventos científicos. Isso não desqualifica a dinâmica informal de aprendizagem em estudos individuais ou em ambiente prioritariamente de trabalho, condições usuais na prática do médico recém-formado. Porém, é mais um dado que precisa ser problematizado pelos conselhos, entidades e associações responsáveis.

Outro ponto curioso é que os processos seletivos para o ingresso na Residência Médica nos últimos dois ou três anos não refletiram, de forma geral, a consideração de o comportamento suicida ser um problema de saúde pública: apenas três dos 44 residentes sinalizaram terem se deparado com questões que abordavam essa temática (tabela 2). Essa afirmação foi problematizada em todos os GF. Duas declarações ilustram bem isso:

Me achou atenção vocês perguntarem “Ah, já fez alguma questão sobre isso?” Eu nunca fiz nenhuma questão sobre isso. E eu acho que se eles não põem questão, eles não consideram que é um assunto pertinente, porque a gente tem questão sobre tudo na prova de residência, não tem sobre suicídio [R2, GF5].

A gente estava passando, preocupado em passar na prova de residência médica. Na prova de residência tem psiquiatria? Não! Então já era...fica ali na gavetinha [risos] [R2, GF1].

Ainda que o conteúdo das provas não tenha uma relação direta com a relevância e pertinência do tema aqui tratado, sua ausência pode ser vista como um *proxy* de como ele tem sido dimensionado pelos próprios PRM e pelas agências que organizam os concursos.

Essa primeira análise do perfil dos entrevistados permite supor que a percepção dos participantes acerca do comportamento suicida na infância e adolescência tem o ambiente de trabalho e as relações pessoais como maiores influências e fontes de reflexão. Dessa forma, na ausência de uma formalização e de uma educação técnica sobre o assunto, percepção e conhecimento se sobrepõem, evidenciando as lacunas formativas.

Uma segunda hipótese da pesquisa anterior ao trabalho de campo foi considerada na seleção e organização dos cinco GF, como descrito no capítulo da Metodologia, e avaliada com a presença ou a ausência de um serviço de emergência pediátrica na unidade hospitalar do PRM. Apesar de todo PRM, de acordo com as diretrizes programáticas ⁵⁷, ter que garantir um cenário de

aprendizado em emergência, interno ou externo ao hospital sede, considerou-se que os que apresentassem um serviço próprio poderiam oferecer um melhor treinamento sobre comportamento suicida aos seus residentes. Dessa forma, na seleção dos programas, havia duas unidades hospitalares que, reconhecidamente, possuíam emergência de pediatria aberta à população (GF 1 e GF 2) e um HU com um serviço regulado (GF 4), para onde, apenas casos selecionados são transferidos.

Contrariando a hipótese do estudo, a presença de um serviço de emergência no hospital do qual o PRM participa não influenciou a percepção ou o conhecimento dos participantes em relação ao comportamento suicida na infância e adolescência. Embora a emergência da unidade do GF 1 estivesse com funcionamento irregular no momento da coleta, seus residentes não sinalizaram a exposição e a participação no manejo de casos de comportamento suicida. O serviço da unidade do GF 4 não demonstrou impacto na formação de seus residentes quando esse tema foi considerado, mesmo que essa unidade tenha um PRM em psiquiatria e um PRM em psiquiatria da infância e adolescência.

Um diferencial pôde ser configurado na unidade do GF 2 onde, embora o comportamento suicida não tenha recebido destaque pelos MR, o serviço de emergência assumiu uma relevância ao evocar as vulnerabilidades pediátricas às diversas formas de violência. De acordo com as falas dos participantes do GF 2, por ser um hospital que comporta a maior emergência da região e por estar localizado em uma área carente e com indicadores que revelam uma marcada desigualdade social, ele proporciona um cenário de práticas onde a violência se torna um eixo transversal em todos os atendimentos. Porém, a urgência e a

agudeza dos casos, aliado ao “perfil hospitalar e não ambulatorial” dessa unidade, condicionaram os residentes a um treinamento profissional resolutivo e não preventivo.

Embora a violência autoinflingida pareça estar mais presente nessa unidade, esse fato por si só não influenciou na produção de conhecimento acerca do comportamento suicida em crianças e adolescentes. A prática profissional foi conduzida no manejo clínico imediato e não na consideração do sofrimento psíquico subjacente aos casos. Apesar disso, essa exposição às diversas formas de violência pareceu ser determinante para um discurso crítico que correlacionou as autoagressões a determinantes sociais e a outras formas de violência, o que não foi observado com a mesma intensidade nos outros GF.

Assim, é provável que esse modelo de serviço precise ser aliado a um melhor formato de supervisão para que o “ensino e serviço” se configurem efetivamente. A prática em ambientes onde prevalecem casos agudos de lesões violentas demarca como o eixo teórico violência deveria ganhar destaque nos PRM, com currículos que acompanhem as tendências de morbimortalidade pediátrica. Embora isso não tenha permitido uma formação mais sólida na abordagem do sofrimento psíquico infantojuvenil, facilitou uma aproximação *in loco* com os problemas sociais e com as condições de exposição à violência.

Sobre a díade “ensino e serviço” característica da RM, como anteriormente discutido no capítulo Marcos Teóricos (seção 4.3.1), e problematizada no parágrafo acima, aponta-se o papel do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Dos cinco PRM participantes da pesquisa, dois têm esse núcleo

como cenário de prática dos seus residentes, tendo isso se destacado no decorrer dessas entrevistas, sob duas considerações principais.

A primeira ressalta as características clínico-epidemiológicas do comportamento suicida e sua prevalência maior em adolescentes quando comparadas com crianças ^{1,5,9,141}. Dessa forma, um serviço que se define por um atendimento exclusivo à adolescência proporciona um contato muito maior com casos de comportamento suicida, permitindo sua exposição e assistência pelos pediatras em formação, como sinalizado pelas diretrizes das Comissões Nacional e Estaduais de Residência Médica ^{110,112}. Mesmo os que declararam restrições e pouco desejo para o engajamento com o público adolescente enfatizam a validade e as peculiaridades dessa experiência para sua capacitação profissional.

Porém, de forma semelhante ao questionado em relação aos serviços de emergência, a presença dos casos em si não garantiu uma discussão didática sobre a temática, segundo narrado pelos residentes. Essa segunda consideração acerca do NESA consolida uma crítica às estruturas dos PRM e sua dificuldade na conciliação do ensino e serviço. Ainda que os participantes tenham referido a presença cuidadosa de supervisores durante e após os atendimentos, consideraram que entendem uma maior dificuldade na supervisão desses casos em relação aqueles de “doença e natureza orgânicas”. Entende-se que, apesar das especificidades da adolescência, a temática do comportamento suicida tem uma abordagem deficitária mesmo pelos profissionais sensibilizados com esse grupo etário.

Conclui-se essa seção de síntese, retomando a hipótese inicial da pesquisa e propondo-se sua ampliação: a desconsideração ou a inabilidade

teórica e clínica pelas crianças e adolescentes com comportamento suicida e seu sofrimento não se restringe aos médicos residentes. Elas também aparecem como uma marca profissional dos pediatras e dos supervisores dos PRM em pediatria, perpetuando um ciclo de lacunas formativas.

6.3 - Grupos Focais: “categorias-oportunidades”

Como discutido no capítulo sobre Metodologia (capítulo 5), a pesquisa qualitativa tem entre seus princípios a interação entre pesquisador e participantes como um pressuposto e um elemento nuclear para sua realização. A interferência do pesquisador, assim, não configura um erro ou um deslize na coleta de dados em campo, mas uma possibilidade de compreensão e interpretação do objeto de pesquisa ^{128,129}.

A técnica de Grupos Focais (GF) proporcionou um encontro e um debate entre os participantes da pesquisa. O mediador assumiu o desafio de, empaticamente, estimular, tensionar, apaziguar e organizar as ideias e as falas em arena, em dissensos e consensos, sem julgamento sobre o que foi dito e sem a pretensão de corrigi-lo ¹²⁷. A experiência vivida a partir dos GF provocou e evocou diferentes reações e sentimentos nos participantes ¹³⁰. Algumas reações foram úteis para o levantamento e a interpretação dos resultados ou para se tornarem elementos reflexivos à prática do próprio pesquisador, validando a proposta de interação e interlocução dos estudos qualitativos ¹²⁵.

Comumente, na realização dos GF, os pesquisadores destinam os minutos finais da coleta de dados para que o grupo se rerepresente e, brevemente, explicita suas impressões pessoais e considerações sobre sua participação ¹³⁰. Essa etapa, que antecede aos agradecimentos e à finalização

de um GF, nesta investigação permitiu a definição de cinco categorias que contemplam as vivências relatadas pelos médicos residentes durante a coleta de dados. São elas: “GF como oportunidade reflexiva individual”; “GF como oportunidade de conhecimento técnico”; “GF como oportunidade de questionamento sobre a falta de conhecimento técnico”, “GF como oportunidade propositiva para os PRM” e “GF como oportunidade de conhecer outros residentes”. Embora algumas das 44 falas apresentassem “categorias-oportunidades” sobrepostas, foram identificadas a força e a modalidade discursivas predominantes em cada uma ¹⁴². Cada fala final do residente foi classificada em apenas uma das cinco propostas. Seguem as cinco “categorias-oportunidades”, suas justificativas e alguns fragmentos de falas que as exemplifiquem:

- *GF como oportunidade reflexiva*: “categoria-oportunidade” evocada por quase metade dos residentes, 20 vezes, por meio de reflexões existenciais e profissionais. De alguma forma, pode-se considerar que, por definição, toda participação nessa técnica está condicionada ao processo reflexivo; assim, essa categoria representou os que optaram por sinalizar esse ponto. Ressalta-se que essa foi uma modalidade considerada positiva por todos:

Eu acho que essa discussão, é... gerou é..., para eu pensar mesmo, não é? Que existe suicídio infantil, coisa que eu nunca, talvez já parei para pensar, mas nunca analisei a fundo assim [R1, GF 2].

Essa discussão me deixou muito nervosa...[risos] Eu estou saindo daqui mais preocupada do que eu já... já era [R2, GF 2].

É um tema que eu não dou muita importância e que eu ouvindo todo mundo falar eu vou ver se me esforço um pouco para dar importância. Isso é corriqueiro na minha vida de emergência, já peguei adolescentes que tentaram se matar, adultos que tentaram se matar e idosos que tentaram se matar (...) Na correria a gente não dá importância, vou estar me esforçando para dar mais importância [R1, GF 3].

Gostei muito da atividade em grupo para esse tipo de tema ajuda muito porque pelo menos eu, às vezes, evito ficar pensando muito sobre porque é uma coisa muito dolorosa, causa muito sofrimento, a gente identifica as próprias coisas [R1, GF3].

Eu confesso que eu subestimei um pouco esse trabalho, eu achei que seria muito mais fácil (...) Muitos momentos de silêncio, a gente não tinha nem opinião formada sobre algumas perguntas. E me fez perceber o quanto que esse tema foi negligenciado, pelo menos por mim, até o momento [R1, GF3].

Eu acho que foi bom a gente refletir, aonde pode melhorar e, não só a nível individual, mas a nível coletivo. Está faltando a gente discutir mais sobre o assunto [R1, GF 5].

Achei interessante porque assim eu estou vivendo uma experiência pessoal de uma criança na minha família que está mostrando sinais de depressão (...) Eu como residente de pediatria eu acho que a outra pessoa está meio que buscando se eu tenho alguma coisa, alguma sugestão de como ajudar [R1, GF 3].

- *GF como oportunidade de conhecimento técnico:* essa classe foi compreendida como um ganho direto que a coleta de dados permitiu aos MR participantes, mesmo antes da exposição teórica oferecida pelo mestrando como contrapartida à adesão institucional, como indicada nos TCLE. Ainda que os GF tenham consistido em debates onde apenas os participantes declararam suas opiniões, é interessante a constatação de que o próprio grupo se constituiu como um cenário de aprendizado, como citado por seis MR. Isso reforça a lógica da recursividade dos processos de ensino-aprendizagem e a potência que a experiência dialógica e dialética, mesmo entre pares, pode apresentar na formação médica. O conteúdo disciplinar apareceu como um formato de conhecimento, mas as experiências profissionais e pessoais mostraram-se mais relevantes que ele.

É, acho que foi boa a discussão, acho que é interessante todo mundo saber alguma coisa, é aquela coisa, não invadir a especialidade do amigo, mas infelizmente a porta de entrada seremos sempre nós [R1, GF 1].

E eu gostei da conversa, dá assim, dá para ter outra noção, assim, que a gente não tem tanto (...) Mas assim, dá para gente ter, pensar de alguma forma, buscar saber, é pelo menos não, tipo assim, ter noção que eu tenho que olhar, não é? [R1, GF 4]

A princípio eu cheguei à conclusão que realmente a questão é saber encontrar, para mim pelo menos, o ponto que pode está desencadeando essa intenção de suicídio em alguém [R2,GF 2].

- *GF como oportunidade de questionamento sobre a falta de conhecimento técnico:* essa categoria mostrou-se complementar à anterior e não em oposição. Acionada por 11 participantes, a valorização da oportunidade de discutir em grupo iluminou uma defasagem teórica e prática que os residentes apresentam. Mesmo que possam ter obtido algum conhecimento, optaram pela afirmação do seu incômodo com as lacunas técnicas originadas na graduação, nos PRM e pela falta do estudo individual. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem partem desse princípio provocativo discente ¹⁴³; embora não seja possível garantir que os 10 residentes que se manifestaram tenham realizado leituras do material de apoio entregue na atividade subsequente, essa categoria também representou um benefício direto da atividade investigativa.

Eu acho que todo mundo concordou que é um tema muito importante para gente lidar e que deve pensar, procurar ler mais sobre o assunto, aprender a dar mais importância [R2, GF 3].

Achei ótima a discussão. Como T. falou, isso chega numa emergência, na emergência são os pediatras que vão estar atendendo e aí a gente não sabe conceitos básicos, o que é, se é suicídio, se é tentativa de suicídio, comportamento suicida. Acho muito interessante essa discussão [R2, GF1].

Acho importante a discussão até mesmo para surgir o interesse sobre o assunto, que é um assunto que a gente sabe que é importante, mas às vezes a gente acaba negligenciando por já ser uma coisa negligenciada [R1, GF 1].

E acho que essa conversa foi muito boa, trouxe mais à tona o quanto eu não sei sobre o assunto [risos] [R2, GF 4].

- *GF como oportunidade propositiva para os PRM*: quatro participantes argumentaram que o modelo de execução da técnica poderia ser reproduzido em outros espaços dos PRM ou ainda se tornar uma rotina programática. Tal qual a categoria seguinte, essa flertou com a função terapêutica que os grupos podem assumir. Porém, essa oportunidade foi evocada como uma estratégia e um instrumento mais direcionado para o funcionamento estrutural dos PRM e não para contextos subjetivos de convívio e de autoconhecimento dos MR.

Eu acho que isso pode ser, quando vocês terminarem, um instrumento para as residências melhorarem, porque só a gente falar é uma vozinha no meio do nada, mas uma pesquisa tem um impacto maior [R2, GF 5].

Acho que foi bom para gente discutir, não é? Problematizar um pouco mais, eu acho que a pesquisa sempre faz esse assunto. Levar ele mais em foco talvez, levar isso para as outras residências, para que seja mais discutido, não é? Isso está em falta na pediatria principalmente [R2, GF 5].

Eu achei super válida, eu acho que tinha que acontecer até mais vezes (...) Está aí o terceiro ano da residência podia inserir isso daí [R2, GF 1].

- *GF como oportunidade de conhecer outros residentes*: essa categoria se configurou como uma agradável surpresa frutificada pelo campo. Diante de uma temática árdua e referências a exemplos de sofrimentos pessoais e relacionais, conceber que o GF pôde motivar uma aproximação afetiva e uma sensação de pertencimento a médicos de um PRM garantiu um caráter terapêutico à atividade. Ainda que apenas três residentes e apenas residentes do primeiro ano tenham proferido esse discurso, tornou-se relevante discriminar essa categoria.

Eu enxergo como muito importante não só para a gente saber lidar, mas para também, a partir do momento que tem o grupo de discussão, a gente saber lidar com o outro e saber lidar com nossos próprios problemas ao lidar com o outro ou com os problemas individuais do outro, acho que isso é sempre válido [R1, GF 1].

Eu achei muito bom porque eu pude também ouvir o que os colegas pensam sobre o assunto, um pouco da vivência de cada um. Conseguir falar em grupo de uma coisa que eu só falava com a minha psicóloga e eu vejo que eu também estou conseguindo, de alguma forma, trabalhar minha saúde mental quanto ao tema [R1, GF 3].

Acho que foi bom para expor e a gente ver também um pouco o que que os outros pensam além da gente, que às vezes a gente pensa uma coisa, os outros pensam outra e a forma de lidar a partir do que os outros falaram, tentar refletir um pouquinho como é que a gente pode lidar com essas situações [R1, GF 5].

Como ilustra Minayo,¹²⁹ pensando o método como a “alma do conteúdo”, pode-se dizer que a técnica de grupos focais é um excelente disparador de reflexões, do levantamento de situações e da possibilidade de aumentar a interação entre os participantes de uma pesquisa, como demonstrado acima.

6.4 - Categorias de análise

No capítulo anterior foram descritas as etapas do trabalho de análise dos dados realizado com o material coletado em campo. Após a transcrição e a revisão das entrevistas dos cinco GF pôde-se ¹²⁷: ordenar e organizar o material empírico, permitindo-se leituras atentas e reiterativas num movimento de “impregnação” (ou seja, valorização da interpretação de primeira ordem proveniente da contribuição dos participantes); elaborar categorias empíricas ou unidades de sentido; reclassificar e tipificar essas unidades em categorias mais sintéticas e saturadas de sentido; contextualizar, dialetizar e dialogar com a literatura, numa elaboração de novos significados (que se constitui numa interpretação de segunda ordem). A figura 4 (p.98) ilustra sinteticamente essas etapas analíticas da pesquisa.

Ao longo do processo de análise, nas primeiras leituras visando à compreensão das falas, foram definidas sete unidades de sentidos.

Contextualizações, discussões, novas compreensões e interpretações posteriores permitiram reclassificá-las em cinco e, finalmente, reuni-las em três categorias e num subsequente “grupamento de propostas”. Embora esse último não constitua uma unidade de sentido elaborada no processo analítico, está aqui compreendido como uma resposta direta dos grupos de MR às questões provocadas e surgidas em campo. Questões referentes ao objeto da pesquisa e não apenas à técnica dos GF, recebendo, por isso, destaque na análise. Desse modo, nominou-se “grupamento de propostas” parte do leque das solicitações e orientações levantadas e produzidas pelos próprios entrevistados no decorrer do processo reflexivo dos GF. Ele está apresentado no capítulo 8 e constitui um subsídio para o cumprimento do objetivo estratégico proposto nesta investigação.

As três categorias de análise foram numeradas, mas também nomeadas por um título síntese e um título alegórico, a partir de fragmentos de falas extraídas dos GF, conforme apresentado adiante. São elas: (1) O tabu do suicídio (Qual luto seria mais fácil de viver?); (2) Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos (Oh! Que saudades que eu tenho / da aurora da minha vida, / da minha infância querida / que os anos não trazem mais!); (3) Lacunas formativas dos PRM em Pediatria (Porque suicídio não é tema de sessão clínica!). Uma síntese gráfica da construção e compreensão dessas categorias pode ser ilustrada na representação a seguir (figura 5).

Compreende-se que o contexto do tabu do suicídio (categoria 1) e as peculiaridades que se apresentam na assistência pediátrica (categoria 2) são condições que antecedem e influenciam sinergicamente as lacunas formativas dos PRM em pediatria (categoria 3). Elas favorecem e cristalizam um modelo de

formação que perpetua tabus e distancia os residentes da área das peculiaridades clínicas e subjetivas da infância e adolescência. A partir dessas lacunas, pôde-se ponderar sobre o grupamento de sugestões surgido nas entrevistas, contextualizando-o e direcionando-o estrategicamente.

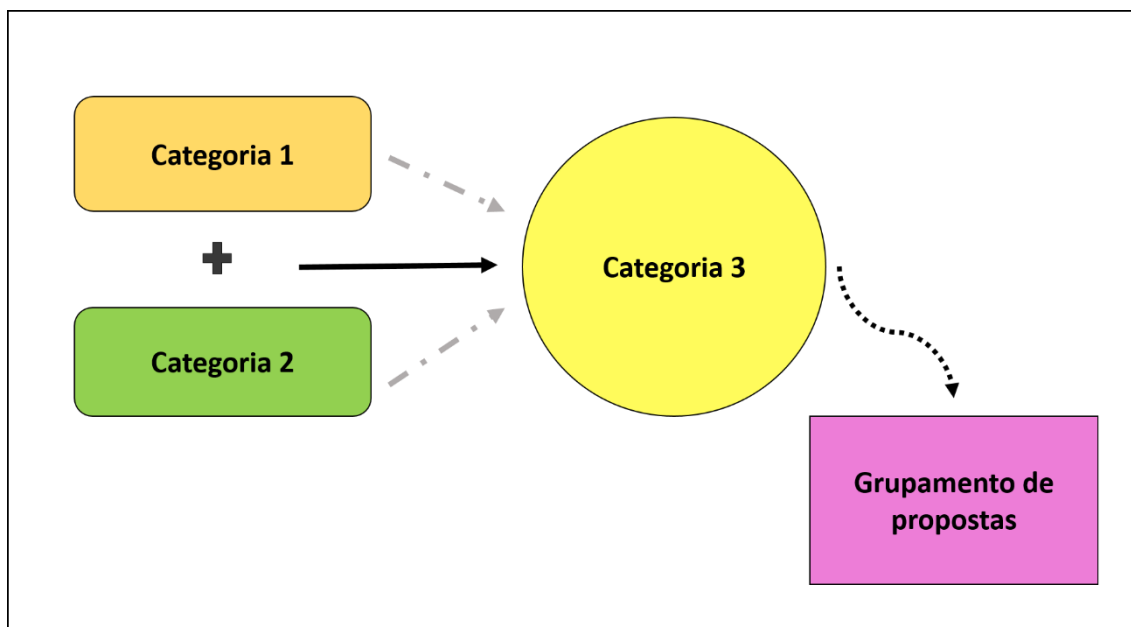


Figura 5 – Esquema gráfico das categorias de análise da pesquisa

Fonte: os autores.

A hipótese de uma desconsideração ou inabilidade, teórica e clínica, dos MR em pediatria no cuidado com crianças e adolescentes com comportamento suicida e sofrimento psíquico não deve ter como justificativa apenas a categoria 3, como uma primeira análise sugeriu aos pesquisadores. Embora as falas dos participantes se direcionassem para uma lógica de que existe uma clara e robusta lacuna na formação médica e pediátrica referente ao objeto investigado, o estudo permitiu uma compreensão mais bem apurada, atingindo dimensões e condições anteriores (categorias 1 e 2), conforme esquematizado pela figura 5 (acima).

As três categorias não se correlacionam diretamente com as questões norteadoras do Roteiro de Debates, ou seja, não há uma associação linear

categoria-questão. É imprescindível também observar, conforme Minayo e Costa ¹²⁷, que “uma interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado.”(p.28) Assim, apesar do esforço empreendido neste estudo, assume-se que o sentido da realidade estudada poderia ser aberto em várias direções, dada a polissemia e a polifonia que integram tanto os discursos de campo como o processo interpretativo.

7 - DISCUSSÃO

O capítulo sete discute os apontamentos e as reflexões a respeito das categorias de análise já refinadas como interpretação de segunda ordem. Cada uma das três seções é destinada a uma dessas categorias, mantendo-se a numeração indicada anteriormente, apresentada por seu título alegórico. Tentou-se resgatar alguns dos elementos conceituais que nortearam o embasamento teórico da construção do objeto e a preparação da etapa de coleta de dados.

Como demonstrado previamente na figura 5, as três categorias mantêm relações entre si, podendo-se se sobrepor em algumas perspectivas analíticas. Essa sobreposição foi encarada como legítima, representando que a percepção e o conhecimento de MR sobre comportamento suicida foram compreendidos a partir de concepções dinâmicas e com fronteiras imprecisas, como costuma acontecer quando se analisam temas complexos e multifacetados. Desse modo, na descrição das unidades de sentido é possível encontrar hipóteses, argumentações, explicações e exemplos que se reiteram, espelham-se e se complementam, principalmente na conexão que a categoria 3 tem com as demais.

7.1 - “Qual luto seria mais fácil de viver?” - O tabu do suicídio

Numa livre explanação sobre como familiares conseguem suportar e lidar com um caso de suicídio, um R1 no GF2 fez este questionamento que, ainda que retórico, ecoou por todo o desenrolar da entrevista. Embora essa pergunta não tenha se repetido nesses termos exatos nos outros quatro grupos, semanticamente se fez presente de forma universal na pesquisa, tendo sido apurada para representar a primeira categoria.

Vida, morte, luto e suicídio, implícita e explicitamente, apresentam-se na interrogação destacada e se correlacionam diretamente com os tabus estabelecidos nas sociedades ocidentais contemporâneas, tendo aparecido nos discursos dos participantes. A questão do tabu do suicídio, assim como as lacunas, os silêncios e os paradigmas que o circunscrevem e cristalizam, foi previamente abordada nos Marcos Teóricos desta dissertação (capítulo 4), tendo sido, pelas referências bibliográficas, assinalada como tópico importante para a compreensão do comportamento suicida. O campo reforçou o encontrado na literatura, destacando o suicídio como uma *“morte diferente das demais”* [R1, GF4] e *“que foge à lei natural”* [R1, GF2], pois *“o normal da vida é morrer por alguma patologia ou algum acidente”* [R1, GF4].

O suicídio pôde ser interpretado como a morte que mais problematiza a vida. Embora não se possa invocar originalidade na premissa de que o estudo da morte seja também o estudo da vida ^{17,43,80}, ficou evidente uma afetação pessoal e existencial dos MR quando da provocação, pela pesquisa, sobre o comportamento suicida. Naturalmente no decorrer dos GF (reconhecendo-se nisto a sensibilização pelo instrumento utilizado na fase aquecimento da coleta de dados), antes de posicionamentos técnicos ou profissionais, narraram-se histórias de familiares e de conhecidos, próximos ou distantes, preenchidas com juízos de valor e morais. Não houve um julgamento estrito sobre os suicidas ou sobre os suicidas em potencial, mas uma necessidade de que cada enunciação pública estivesse vinculada a uma experiência pessoal.

Para além de um modelo hipotético que pudesse ser comprovado sobre o fato de que vivências e experiências influenciam mais do que a educação formal médica em relação ao comportamento suicida, a discussão entre os

participantes trouxe elementos que sugerem um grande desconforto evocado por esse tema. Um desconforto que silencia, que afasta e que impede uma aproximação profissional, num discurso em que prevalecem o senso comum e os tabus. A reflexão induzida sobre comportamento suicida teve como lógica inicial um acionamento de relatos pessoais, cujas narrativas, mesmo tendo outros sujeitos como protagonistas, revelavam uma perspectiva existencial individual sobre a morte e o suicídio.

Dessa forma, em cenários de silêncios e desconfortos, foi possível o entendimento de que anterior à identificação e ao manejo do comportamento suicida é preciso que se possa validar e aprofundar as discussões existenciais sobre a morte e não apenas instrumentalizá-la e operacionalizá-la, como geralmente o treinamento pela medicina contemporânea condiciona ^{18,104,107}. Em síntese, permeando a percepção e o conhecimento dos MR sobre o comportamento suicida, está o tabu da morte.

Assim, é possível afirmar que o tabu da morte se antecipa ao tabu do suicídio, não sendo possível o lidar com o comportamento autodestrutivo sem que se consiga encarar a morte e os seus contextos. Encará-la e não lutar contra ela e muito menos vencê-la, como prepara o ensino médico ^{18,104}. Sobre sua própria experiência no defrontar a morte nos espaços de formação médica e pediátrica, um residente desabafou: *“Então você aprende na prática, quando alguém vai a óbito, aí você vai ver como você vai lidar!”* [R2, GF5]

Numa avaliação preliminar, essa conclusão da pesquisa soou precipitada e demasiadamente explícita: a própria concepção do suicídio como um “duplo tabu” ^{15,80} discutida no capítulo 4.2 já elucidava isso. Entretanto, as ponderações sobre a prática pediátrica e o lidar com a morte iluminaram essa dificuldade

médica, potencializando os desafios e clarificando os impasses da pediatria com o comportamento suicida de crianças e adolescentes. Um exemplo da prática que ganha destaque na Nova Pediatria é a inabilidade dos médicos em considerarem as relações entre as limitações terapêuticas e a finitude da vida ^{24,107,120}. O contexto clínico-epidemiológico das condições crônicas e complexas em saúde intima os profissionais a revisarem suas ações curativas e a repensarem a lógica do cuidar, onde qualidade de vida e cuidados paliativos são expressões que avançam no cotidiano de unidades hospitalares, como um símbolo da transição epidemiológica ^{107,120,121}. Um residente pontuou uma interessante reflexão sobre isso: *“O sofrimento de doenças graves, operações, pacientes crônicos, das famílias que sofrem e que na verdade às vezes a morte é mais um descanso mesmo”* [R2, GF5].

Sendo essa dificuldade largamente encontrada entre pediatras e residentes em pediatria, é possível afirmar que a convivência com a morte não seja um objeto da natureza pediátrica, constituindo-se, portanto como uma lacuna e um vazio na sua formação ¹⁰⁸, ainda quando os falecimentos sejam comuns ou advenham de causas orgânicas. Um MR descreveu essa relação com os eventos de morte em seu PRM: *“Porque aqui cada semana é uma semana, tem semana que morrem quatro, tem semana que não morre nenhum, tem semana que está ótimo, tem semana que está todo mundo se sentindo mal”* [R2, GF5]. Assim, o *ethos* pediátrico – construído através da RM - não inclui a familiaridade com óbitos e lutos no espaço de formação, o que não impede, *per se*, que desfechos fatais ocorram ou que se apresentem como descritores do cotidiano de um PRM ^{24,107,108,144}.

Justificando-se o referido *ethos*, o nascimento da Pediatria enquanto especialidade médica se vincula histórica e socialmente à comoção e ao combate da mortalidade infantil, o que não era usual em séculos passados, mesmo antes de que a consciência social tivesse estabelecido a infância como um momento importante do ciclo de vida ^{24,86,107}. Importante dizer que o deslocamento da morte pelo processo civilizador veio acompanhado de um elemento pediátrico: a valorização dos cuidados com a saúde das crianças e a aposta nelas como uma esperança do porvir ^{18,108}. Discorrendo sobre o surgimento da Pediatria brasileira, Pereira ¹⁰⁸ ressalta historicamente um traço que ainda hoje distingue os que optam por essa classe profissional:

“Os nascentes pediatras reclamariam para si o papel de protetores da vida, aqueles capazes de livrar as famílias do estigma da mortalidade e, sobretudo, consentâneos do ideal de condução da prole a um suposto destino de saúde, robustez e vitalidade.” (p.15)

Dessa maneira, tendo a premissa de que a Pediatria é ancorada na superação dos óbitos infantojuvenis, é possível se concluir que a morte autoprovocada se configura como algo inconcebível, o que os pesquisadores chamam de “triplo tabu”, como uma proposição explicativa para a postura dos pediatras. O tabu da morte e o tabu do suicídio ganham um agravante: as crianças e os adolescentes enquanto vítimas e culpados. *“Não consigo pensar no que pode passar na cabeça de uma criança para tentativa de suicídio”* [R2, GF2], declarou um participante.

Considerando-se a ideia prevalente na literatura do suicídio como tabu e a possibilidade desse termo surgir nos GF, evitou-se sua utilização no instrumento utilizado na fase de aquecimento assim como sua enunciação pelo mediador na fase reflexiva. No entanto, conforme esperado, nos cinco grupos houve, espontaneamente, a nomeação do suicídio como um tabu. No GF 3, um

R1 definiu que “*tabus são temas que ninguém quer muito falar porque são vistos pela sociedade como uma coisa estranha*”. O diálogo seguiu, nesse mesmo GF, com uma definição complementar:

Eu acho que é aquilo que ninguém quer falar sobre o assunto, tem uma opinião comum, que o mito domina e as pessoas aceitam isso como verdade para elas mesmas. Assim: “Ah, a sociedade vê dessa forma, é mais fácil que eu veja também e não problematize sobre isso.” E aí a gente não conversa sobre, ninguém discute sobre, não pensa sobre. E isso se mantém [R1, GF3].

Uma colocação curiosa ocorrida no decorrer desse diálogo quanto à definição de comportamento suicida como tabu foi sua aproximação discursiva, por parte de alguns, com as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Questionados sobre que relação haveria entre ambas, foi posto que as duas situações são estranhas e se caracterizam como tabus. Mas que, tendo impacto na saúde de pacientes, ambas deveriam fazer parte da formação médica, embora isso não ocorra como esperado.

O aparecimento do termo “estranha” qualificando um tabu, conforme citado acima, demarcou um consenso entre os participantes de cada GF e entre os cinco grupos. Assim como os tabus provocam estranheza, foi dito que o suicídio revela a singularidade repulsiva que essa morte provoca na sociedade^{64,80} e entre os MR. Frequentemente, o senso comum a coloca de forma diferenciada e como um desvio de comportamento^{15,80}. O termo desvio já foi entendido como pecado e crime e, hoje, como doença, conforme a proposição dos três modelos do paradigma de desvio do suicídio^{17,64}.

Nesta conjuntura de “singularidade mórbida”, um elemento surpreendente foi ressaltado em dois GF: uma classificação de mortes segundo o impacto que provoca entre os pares e no entorno. Esse impacto tem sido um tópico importante de estudos de suicidologia e de saúde pública^{1,14}, tendo sido

selecionado, nesta pesquisa, para compor o Roteiro de Debates (Apêndice II). O contexto no qual essas classificações surgiram nos GF, entretanto, não partiu de uma análise dos custos em potencial oriundos de um desfecho fatal ou ainda do debate do conceito, estabelecido pela OMS, de “sobreviventes” ou “enlutados” por um suicídio ^{1,52}.

No GF 4, um R1 propôs três gradações para as mortes:

Eu pensei o seguinte, é nível de impacto. Uma pessoa que morre de uma doença, só pelo fato dela morrer já impacta quem está próximo a ela. Uma pessoa cuja vida foi tirada por outra, impacta mais ainda. A gente não espera, por exemplo que um conhecido nosso seja assassinado, imagina então uma pessoa que opta por tirar a própria vida?

Na sequência, no mesmo GF 4, houve uma proposição que assinalou o impacto moral do suicídio: “*Tem um suicídio que é de uma pessoa doente e tem um suicídio que é uma fuga*” [R1, GF4].

Num dos grupos, em discordância de uma sequência de falas sobre a causalidade das mortes e o fato de o suicídio não ter uma causa natural, uma classificação diferente foi sugerida:

Eu dividiria mais em causas abruptas, da separação da pessoa de um ente, das causas naturais, onde a pessoa está se preparando para uma doença que já ocorre ali no momento e que você sabe que em algum momento essa perda vai chegar, pra preparação mesmo da perda (...) Agora acho que a partir do momento que as pessoas têm o conhecimento da situação da depressão e se busca ajuda e acompanhamento, não será um quadro em que a pessoa simplesmente se matou [R2, GF2].

O nexos classificatório das doenças e mortes é inerente ao setor saúde ^{45,24}, de forma que a surpresa não foi sua proposição de ordenação pelos MR, mas a avaliação dos critérios utilizados para isso. Critérios que permeiam mais uma afetação que o suicídio pode provocar do que os elementos que podem ocasioná-lo, contextualizá-lo ou determiná-lo; afetação que pode ser compreendida como um tipo de luto produzido e permitido por essa morte.

Assim, é possível se retomar a interrogação que nomina essa seção e depreender que, ao olhar dos residentes entrevistados, o luto mais difícil é o originado de uma morte autoinfligida, aquela que se mostra mais impactante para si e para os demais.

Nesse mesmo horizonte classificatório, encontram-se autores que também fazem propostas sobre os modelos de luto, relacionando-os a diferentes tipos de morte. Jordan e McIntosh (2011), apud Scavacini ⁵², organizam as perdas em quatro grupos: todas as mortes; mortes inesperadas; mortes violentas; mortes por suicídio. Notam-se semelhanças entre a literatura e o campo, ainda que considerados o empirismo e a espontaneidade desse último.

Apesar da concordância dos GF acerca da estranheza e do desconforto sobre o tema, também houve consenso sobre a universalidade do suicídio. Mesmo sendo uma morte diferente, os cinco grupos foram uníssonos em afirmar que todos podem se suicidar. Ainda que singular, o suicídio foi proclamado como universal sempre que o mediador interrogou “quem poderia vir a se suicidar”:

Então assim é real, pode acontecer com qualquer um, basta estar vivo [R1, GF1].

Todo mundo está sujeito a passar por alguma dificuldade, cada um reage de um jeito [R1, GF3].

É riso de ironia da vida assim porque qualquer um, o tempo todo, amigos, a gente às vezes acha que sabe o que está passando na vida das pessoas e não sabe, né? [R2, GF4]

É válido o destaque para essa “singularidade universal” que, empiricamente, corrobora a teoria durkheimiana de que não existe um suicídio, mas vários suicídios ⁷². O autoextermínio, ainda quando considerado um desvio, constitui-se como uma possibilidade vital inerente à condição humana. Essa possibilidade, declarada em uma das falas acima como “ironia da vida”, foi compreendida como uma importante questão existencial e inundou os diálogos

dos residentes. Quase um paradoxo: uma condição real e universal, mas evitada e silenciada. Esse foi o cenário dentro do qual os pesquisadores puderam analisar o desconforto provocado pela temática.

A literatura sobre prevenção de suicídio defende que o modo de reação a esse desconforto é a adoção de uma postura de externalidade em relação ao suicídio ^{1,52}. Ainda que seja universal e passe por todos, não é um problema especificamente de ninguém: torna-se um problema dos outros, de um sujeito indeterminado. Num cenário onde as questões existenciais são levadas cada vez mais para o privado, numa negação das discussões coletivas no espaço público, conforme discute Sennett (1988), apud Marquetti ⁸⁰, o suicídio publiciza a morte como um extremo e um avesso da vida. A morte asséptica e hospitalar dá lugar a uma que subverte a cultura ocidental e a cultura médica ^{17,18}.

O desconforto dos MR, então, refletiu essa subversão que inverte o *modus operandi* médico ⁸⁰, como declarou um R2:

Porque eu acho que a gente luta tanto pela vida, a gente é acostumado como médico a sempre salvar vidas, buscar ajudar pessoas e aí você lida com alguém que quer tirar a própria vida. Você fica desconfortável, porque tem horas então que parece que você cai naquele velho discurso: “Ah, tanta gente querendo viver e ele querendo se matar?” [GF1]

A medicina autorizada a garantir um controle técnico sobre a vida, sai de cena. Como defende Marquetti ⁸⁰ ao discorrer sobre a relação dos suicídios no espaço da metrópole: “A medicina parece ser ambígua em relação ao suicídio: em tese, advoga seu direito sobre ele (de impedir, tratar, evitar) e na prática ignora a questão.” (p.80) Diante do incômodo, a postura muitas vezes silenciosa e indiferente no microcosmo dos GF expressou como isso se apresenta no âmbito institucional. Os MR reproduziram nos GF os modelos de formação do

qual fazem parte, de forma que seria possível sugerir que eles perpetuam cristalizam e disseminam os tabus sobre a morte e o suicídio.

Finalizando essa seção do capítulo, retoma-se a proposição autoral de um “triplo tabu”, em que o silêncio sobre a morte autoprovocada assume uma incomensurabilidade quando o seu protagonista é uma criança ou um adolescente. A morte pediátrica tende a ser mais desconcertante do que as outras mesmo para os profissionais especializados com esse público. E é ainda mais incômoda quando autoinfligida, conforme a fala de dois residentes:

A morte autoprovocada tem mais impacto...uma criança, um adolescente tentando se matar é algo que pelo menos eu fico chocada [R2, GF5].

Para você aceitar que uma criança está morrendo de uma doença puramente orgânica já é difícil, para você aceitar que ela está pensando em acabar com a própria vida é um assunto que praticamente não abordaram na minha graduação [R2, GF5].

Mais do que uma classificação acadêmica, pretendeu-se tipificar o tabu para enfatizar uma questão verificada na pesquisa. Enquanto manifestação de um contato difícil com a realidade, o tabu do suicídio infantojuvenil tem inundado a formação pediátrica, impedindo reflexões e formações de conceitos e abordagem pelos MR.

Ponderando sobre as lacunas formativas que identificava em seu percurso profissional, um residente alegou: *“Eu acho que as pessoas não...não sabem falar sobre isso”* [R2, GF2]. Analisou-se, nesta investigação, o fato de que mais do que um “não saber”, os interditos e os discursos pediátricos sobre o comportamento suicida na infância e adolescência revelam um “não poder” e um “não querer” falar sobre isso que atravessam a formação.

Ficou evidente aos pesquisadores, como se podia supor, que a subjetividade dos médicos residentes, ainda que não reconhecida ou

considerada, apresenta-se em sua prática pediátrica. *“Às vezes a gente não consegue entender... A pessoa tem motivos que explicam, mas não justificam”*, pronunciou um R1 no GF2. Em alusão à interrogativa de abertura desta seção e num entendimento dessa subjetividade declarada, justifica-se a pergunta: que mortes, que lutos e que tabus os MR e seus supervisores têm escolhido enfrentar no processo de formação e atuação pediátricas?

7.2 - “Oh! Que saudades que eu tenho / da aurora da minha vida, / da minha infância querida / que os anos não trazem mais!” - Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos

Os versos de abertura e de encerramento do mais conhecido poema de Casimiro de Abreu, poeta da segunda geração do romantismo brasileiro, foram recitados por um residente do segundo ano em um dos grupos focais, quando refletia sobre sua prática pediátrica tendo sua própria infância como referência. Em “Meus oito anos”, escrito em 1857 e publicado na coletânea “As Primaveras” (1859) ¹⁴⁵, o “eu-lírico” do poeta evoca um tempo e um espaço míticos, em referência saudosista a uma infância pura, experimentada no seio familiar e de natureza imaculada ¹⁴⁶. A alegria e a sacralidade descritas dessa criança são idealizadas e amparadas por uma concepção que veio se consolidando nas sociedades ocidentais desde o século XVII, quando a consciência social da infância foi construída a partir de sua romantização ^{24,86}.

A origem da Pediatria, enquanto uma especialização da medicina, tem nessa construção social sua justificativa primordial, a partir da qual um corpo de conhecimento e técnicas pôde ser autorizado e reconhecido ²⁴. A Pediatria, a partir de meados do século XIX, tornou-se um dos campos responsáveis pela

transmissão de valores vinculados à infância enquanto categoria social recém-surgida e descrita como repleta de particularidades, assim como responsável pela esperança e porvir das sociedades ¹⁰⁸.

Ariès, em a “História Social da Criança e da Família” ⁸⁶, obra amplamente disseminada por pesquisadores que se dedicam aos estudos da infância e da adolescência, descreveu, a partir de uma ampla investigação documental, os dois sentimentos correlacionados à construção moderna da consciência da infância. Tendo como ponto de partida que o sentimento da infância não existia na sociedade medieval - o que não deve ser interpretado como falta de afeição ou ainda desprezo pelos infantes - o historiador defende que dois sentidos foram importantes para a validação das peculiaridades que distinguem crianças e adolescentes de adultos e idosos.

O primeiro sentimento pôde ser documentado desde o século XVII e foi descrito como de “paparicação”. A ingenuidade, a gentileza e a graça das crianças tornavam-se elementos de distração e de relaxamento para os adultos. Ainda que não seja possível igualar a composição e a representação familiares desse período como a contemporânea ⁸⁸, pode-se considerar que a “paparicação” surgiu na família e estimulou a difusão da ideia de graciosidade e de fragilidade das crianças que, por isso, deveriam ser tratadas com cuidados especiais. Nos dois séculos seguintes, Ariès ⁸⁶ relata que um novo sentimento veio se somar ao primeiro: a distração e as brincadeiras produzidas pelas crianças perderam espaço para o interesse psicológico e para a preocupação moral evocados por elas.

Influenciado pelo movimento religioso e direcionado pelo Estado Moderno, o lidar com a infância foi revestido de uma preocupação com a

disciplina, com a racionalidade dos costumes e com a preservação desses seres. Sendo frágeis, criaturas divinas que carecem de guardiões para o seu crescimento e desenvolvimento na Terra, os infantes precisam de um amparo institucional, além da organização familiar. Os colégios ganharam relevância na imposição e transmissão da educação moral e religiosa, com ecos ainda em pleno século XXI. Aliado à disciplina e à racionalidade dos costumes, despontou-se uma preocupação com o corpo desse grupo etário: higiene e saúde física tornaram-se objetos passíveis de intervenção ^{24,86,88}. O corpo das crianças e adolescentes recebeu destaque em sua idealização: um corpo que cresça e se desenvolva superando a fragilidade original, um corpo que produza a continuidade e que, para tal, precisa receber uma atenção peculiar. Complementar ao sistema educacional, a inquietação com os problemas físicos, morais e sexuais da infância facilitou o surgimento de novas ciências como a pediatria e a psicologia ^{86,108,144}.

Ainda que apressado, o relato histórico aqui sintetizado justifica a origem esperançosa da Pediatria sobre o futuro. Um porvir que precisa ter a mortalidade, a imoralidade e os desvios enfrentados. Assim, a Pediatria se validou como uma das guardiãs dos infantes, dos seres sem voz, para falar pública e cientificamente em prol de sua proteção.

O trabalho de campo proporcionou um diálogo com um pediatra em formação e permitiu que, na sequência dos versos de Casimiro de Abreu, ele testemunhasse que a infância deveria se expressar como um período de ouro: *“a infância era para ser esse momento de, de... eu, eu sempre penso, tipo, na melhor fase da minha vida”* [R2, GF4]. A escolha desse depoimento, assim, baseou-se no simbolismo romântico dos versos declamados sob a

contextualização histórico-social do surgimento da pediatria e dos reflexos disso ainda hoje. Pois, segundo Pereira ¹⁰⁸, a Pediatria é uma especialização médica numa faixa etária cujas peculiaridades são o “crescimento-desenvolvimento” e a “fragilidade”. Nesta categoria analítica da pesquisa fazem-se dois desdobramentos práticos da assistência pediátrica: as idealizações e os conflitos. Desdobramentos feitos sob três breves tópicos, que são as subdivisões desta seção: idealizações (7.2.1), conflitos geracionais (7.2.2) e adolescência (7.2.3).

7.2.1 - Idealizações

Diante do exposto sobre a representação social da infância e as consequentes influências na constituição da práxis pediátrica, não é difícil conceber que um rol de idealizações pode se apresentar nesse contexto. O trabalho de campo corroborou essa concepção, mostrando que a própria escolha da especialidade, ainda durante a graduação em medicina, repercute a disseminação desses ideais pediátricos: o ideal da infância e o ideal do profissional que a assiste. Questionado de como e quando se deu conta de sua “sensibilidade e paciência”, termos utilizados em sua autodescrição, para lidar com as crianças e suas famílias, um MR respondeu: *“Eu acho que quando a gente escolhe pediatria”* [R1, GF1].

A representação angelical, frágil e de dependência de cuidados que têm as crianças fortaleceu a imagem maternal dessa especialidade médica ¹⁰⁸, que ainda nos dias de hoje congrega predominantemente profissionais do sexo feminino no país (74,2%, segundo dados de 2018) ¹⁴⁰. Considerando os 44 participantes da pesquisa, havia 79,5% de mulheres, maioria também verificada

(em diferentes proporções) em todos os cinco GF. Apesar de uma crescente representatividade das mulheres nas diversas áreas da medicina ¹⁴⁰, o senso comum associa a pediatria ao feminino, como se uma suposta natureza maternal fosse pré-requisito para a boa prática com crianças. No cenário nacional, isso se confirma: a pediatria mantém uma proporção de 0,35 homem:1 mulher, sendo a segunda especialidade médica mais feminina no país, apenas atrás da dermatologia ¹⁴⁰. Porém, nesta pesquisa, ainda que a maioria dos MR fosse mulheres, não surgiu nenhuma justificativa de posturas ou percepções vinculadas à maternidade, o que não impediu diversos relatos de sofrimento psíquico de crianças ou adolescentes em convívio doméstico.

A necessidade de cuidado apresentada pelo público infantojuvenil parece criar uma premissa, pertinente pela lógica do desenvolvimento ^{94,144}, de inclusão da família na cena assistencial. O pediatra, dessa forma, destaca-se como sendo um dos poucos médicos sensíveis à presença familiar.

Eu acho que a gente lida muito com a família e a gente convive muito com o núcleo familiar em si, não é aquela pessoa, aquele indivíduo, a gente acaba lidando com a mãe, com o pai, com a avó. Porque eu acho que por ser um ser em formação você já lida com mais atenção, já lida com um ser que ainda está começando a vida dela, você acha que valoriza mais as coisas do que um adulto ou um idoso [R2, GF1].

No entanto, mesmo com maior abertura para agregar a família (sejam as de laços biológicos ou simbólicos), de forma sistemática ou não às consultas, esse comportamento não tem facilitado o reconhecimento do sofrimento psíquico das crianças e adolescentes no seu atendimento. A valorização do aporte familiar que é largamente validada pelos pediatras, ainda que os em formação, criadora de um espaço afetivo nas relações médico-paciente, não incorpora, pelo contrário, dificulta um olhar crítico e técnico sobre a subjetividade das crianças e adolescentes. É como se a inclusão das famílias no *setting* terapêutico, condição

de grande valia na relação de confiança, conferisse uma nebulosidade para os pediatras. Na expressão de um cuidado amoroso e romantizado, o profissional se transforma em parte da família, reassegurando e revalidando o ideal pediátrico.

Não se trata de desqualificar a característica amorosa sobre a qual se firmam muitos pediatras e muito menos de desiludir a importância de laços afetivos e éticos que podem vir a sustentar a relação do médico com os pacientes e com suas famílias. Mas, é preciso, frente ao que o trabalho de campo mostrou, fazer um alerta crítico sobre a dificuldade e a falta de habilidade de avaliação e reflexão sobre o sofrimento psíquico em crianças e adolescentes por parte dos pediatras. E esse fato é sobremaneira problemático nos casos de comportamento suicida. Em resumo, a idealização de um tipo de “ser pediatra”, de um tipo de *ethos* pediátrico pode impedir uma ação profissional técnica e compreensiva que se volte negativamente sobre a saúde das crianças e adolescentes. Seria uma espécie de “sensibilidade insensível”.

Considerando a romantização infantil, algumas ponderações já apontadas anteriormente são elencadas, a partir de seu surgimento na análise de dados e de sua relação com o objeto desta dissertação:

(1) “*Criança alegria*”: mesmo enquanto residentes que convivem e lidam rotineiramente com o choro e a dor física, a concepção de uma alegria que é constitutiva e perene por toda a infância enfraquece a consideração da possibilidade e da autorização de algum tipo de sofrimento emocional. Essa postura dificulta o manejo da responsabilidade profissional e a busca compreensiva do problema e de suas possíveis causas ou explicações.

Criança geralmente é alegria, né? É a imagem que a gente tem de criança é de alegria e amor! [R1, GF3]

Porque teoricamente é uma fase que não era para pessoa estar passando por isso, porque não, ela não está no momento de mais estresse, de trabalho, de ter que correr atrás de carreira [R2, GF4].

A gente está aqui para resolver o problema físico da criança [R1,GF3].

(2) “*Criança futuro*”: a premissa de um porvir direciona o cuidado pediátrico para o cuidado de um corpo que resista ao presente para sua vitalidade futura, desconsiderando-se assim, os obstáculos não palpáveis desse trajeto. Tal visão tende a condicionar uma estratégia médica de olhar através do presente para o futuro, apenas tangenciando os problemas reais ou os menosprezando, principalmente no caso do sofrimento psíquico.

Eu acho que a criança ela tem sempre o pensamento de alguma coisa para frente, a esperança de querer alguma coisa. Então eu acho que imaginar uma criança querer terminar com a vida... eu fico tentando imaginar o que passa na cabeça da criança. É uma coisa muito longe de mim, não consigo [R2, GF2].

Por vezes, essa visão equivocada existe inclusive frente a condições crônicas e complexas em saúde, vinculando-a ao tabu da morte. Sendo o futuro o alvo terapêutico, reflexões do presente, incluindo a morte, costumam ser interditas.

(3) “*Criança paparicação*”: o primeiro sentimento da construção social da infância descrito por Ariès ⁸⁶ é retomado para uma reflexão sobre a violência contra crianças e adolescentes. A criança ingênua, gentil e graciosa que distrai o adulto pode ser sua vítima, muitas vezes não reconhecida como tal por esse mesmo sentimento de “paparicação”. A idealização romântica desses seres é um tipo de confundidor da observação crítica: se elas produzem e evocam amor e graciosidade não poderiam ser alvo da violência por parte de seus cuidadores. E ainda uma vez, a sobreposição familiar e profissional pode trazer riscos à

própria infância quando o médico não treina um olhar crítico para o que lhe é apresentado ou se esconde atrás das aparências.

Apesar da certeza científica e assistencial sobre a realidade, muitos pediatras têm dificuldade de perceber as diversas formas de violência que provocam sofrimento físico e psíquico em crianças e adolescentes. Uma hipótese sobre a formação médica é que o tema da violência seja considerado um embaralhador das questões pessoais, funcionais e existenciais dos MR. Por isso, eles o evitam consciente ou inconscientemente. Em oposição aos participantes que ressaltaram as características de esperança e alegria pueris, um residente, em sua única participação no GF, afirmou:

Crianças e adolescentes que sofrem abuso não pensam dessa forma. Acho que veem o fim da vida como uma forma de se livrar... [R1, GF2].

A perspectiva da violência, contudo, tem recebido maior atenção pelas entidades pediátricas, dado seu crescente impacto na morbimortalidade no público infantojuvenil ². Em recente manual (2018) ⁴⁶, a Sociedade de Pediatria do Estado de São Paulo e o Conselho Federal de Medicina alertam os pediatras para a correlação que as diferentes manifestações da violência podem apresentar, incluindo-se as lesões autoinflingidas.

Essas três breves alegorias convergem para uma certeza que se apresenta na prática pediátrica, como reiterado em um GF: “*Você não espera que uma criança queira se matar, não é?*” [R1, GF3]. Certeza, porém, que não tem impedido que ideações, tentativas ou mesmo suicídios ocorram nesse grupo etário. A reflexão de um MR, ao final de um dos encontros, mostrou-se muito pertinente acerca das ponderações aqui elencadas, podendo ilustrar a argumentação e as preocupações dos pesquisadores:

Talvez as pessoas tenham a visão de que a infância é um mundo perfeito, de que a criança não sofre nada, não sofre influência da vida afora e acha que é tudo bonitinho para criança e acha que isso talvez não possa acontecer na infância [R1, GF5].

Relembrando Da Matta ¹³⁷ e quando fala sobre a permanente tensão proposta entre o familiar e o exótico no trabalho de campo, no caso da assistência pediátrica, não se pode permitir nem uma familiaridade excessiva e nem um distanciamento asséptico. Sentimentos como amor, raiva, culpa e frustração não deveriam inundar a relação terapêutica pois elas dificultam avaliações acerca da subjetividade infantil. Ao mesmo tempo, lidar apenas tecnicamente com crianças e adolescentes sem uma atitude compreensiva impede a empatia necessária para que o profissional seja o continente para um discurso proferido por eles, principalmente numa especialidade que recorre a um porta voz.

Enfim, é importante questionar se o ideal formatado e sistematizado do pediatra que tem sido transmitido pelos PRM não deveria incluir entre seus alvos a subjetividade da criança e do adolescente e, particularmente, as expressões normais¹⁰⁵ de seu sofrimento psíquico, que fazem parte de seu crescimento e desenvolvimento.

7.2.2 - Conflitos geracionais

A definição da Pediatria como especialidade de uma faixa etária ¹⁰⁸, mesmo com o aparecimento e crescimento das suas áreas de atuação ¹¹⁶, remete a uma importante demarcação geracional. E uma de suas marcas características é o fato de o paciente ser sempre mais novo que o profissional que o assiste. Pelo tempo mínimo necessário para formação médica acrescida da pediátrica (RM, especialização ou proficiência), ainda que sejam assistidos

adolescentes e considerado o limite etário de 21 anos ¹⁴⁷, o MR é treinado para atuar numa condição de mais velho e mais experiente que seu paciente. Tal relação restrita não ocorre em nenhuma outra área da medicina. Mesmo em relação aos idosos, pois um geriatra pode ter mais idade que seu paciente, distinguindo-os apenas a posição terapêutica e não os anos de vida.

A distinção etária e de experiência do pediatra em relação à criança e ao adolescente se manifesta por seu interesse pelo “crescimento e desenvolvimento” e pela “visão de fragilidade” de seu público. A partir das idealizações que constituem a especialidade, essa profissão se aproxima da função familiar de guardiã desses seres. Essa condição, predispõe o que aqui se denominou conflito geracional. A formação do pediatra leva-o a identificar o intervalo etário que o separa dos seus pacientes, sem necessariamente levar a uma reflexão da reedição de seus conflitos geracionais ³⁹.

Embora tais conflitos possam não influenciar as diversas situações clínicas com que o médico se depara, eles podem ter um grande peso na avaliação de sintomas subjetivos que exijam intervenção terapêutica, ou seja, nos casos em que os sintomas não podem ser aferidos, palpados ou quantificados fisicamente. Nesse sentido, as discussões nos GF mostraram uma tendência ao não reconhecimento e à desqualificação do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, seja por uma dificuldade de empatia, seja por certa indiferença ou menosprezo dos jovens com muito menos idade.

Esse caminhar que você está dizendo da maturidade, de você sempre olhar alguém mais jovem e imaginar o que ele estava pensando, eu eu sinceramente, posso mudar de opinião até lá, mas assim é eu vejo essa passagem do olhar sobre alguém mais novo, de você achar que já tem uma idade e isso já é suficiente [R2, GF2].

Essa questão da romantização eu vejo muito isso como uma inocência, a pessoa muito jovem, mais inocente sem uma

vivência maior que, para poder fazer um senso crítico assim do que realmente importa na vida (...) Se a gente é jovem, a gente é mais inocente [R1, GF1].

Eu estou agora fora das modinhas [R2, GF1].

Assim, os MR apresentaram uma tendência de emitir um discurso parental e pouco reflexivo acerca do ser infantil e do ser adolescente e seus desejos. Enquanto profissionais em treinamento, não se observaram, nos residentes, habilidades para uma aproximação compreensiva. Ao contrário, suas falas mostraram pouca intimidade com o lugar e a exposição infantojuvenil ao mundo contemporâneo e às novidades que ele traz, tendo sido mais ou menos marcadas por posições conservadoras e arcaicas⁸. O termo “conservadorismo” aqui é não usado como uma expressão moral, mas como uma inclinação à repetição e à rigidez no lidar com as gerações mais novas, a partir do resgate dos valores daquelas anteriores. O comportamento suicida de crianças e adolescentes, apesar de considerado extremamente impactante aos participantes, em alguns momentos foi desqualificado, particularmente pela dificuldade da maioria dos residentes em compreender a demarcação geracional: *“Acho que como a gente está numa fase adulta, a gente só consegue pensar nos motivos de um adulto” [R2, GF2].*

A descrição nos GF se assemelhou às ilustradas nas consultas pediátricas, em que o corpo das crianças é examinado, mas a história e as queixas são apenas narradas por seus cuidadores adultos, como discute Castellanos²⁴. Sendo inábeis em narrativas fidedignas, os pacientes permanecem como *enfants*⁸⁶, tendo suas histórias, muitas vezes, truncadas e mal contadas pela ausência do estímulo e do interesse em ouvi-las. Narrativas que revelariam situações de violência ou de sofrimento são frequentemente silenciadas na prática assistencial triangulada.

Dentro do contexto citado, uma questão que deveria ser de relevância para a clínica pediátrica, que se refere diretamente aos conflitos geracionais, mas que costuma não ter lugar na assistência é a influência da mídia, especialmente em seus novos formatos, hoje impossível de ser ignorada. Nos GF, ela foi entendida como um problema, como algo negativo, como portadora de riscos para a saúde das crianças e dos adolescentes. Chegou a ser impactante observar MR jovens e inseridos na cultura digital, cuja participação nos grupos teve que ser precedida pela solicitação de desligamento dos aparelhos celulares, tendo um posicionamento contrário à internet e às novas mídias para crianças e adolescentes.

Produtos reais e virtuais de um momento de rápido despontar tecnológico, as redes sociais e os novos formatos da mídia, tornaram-se expressões desse conflito geracional, representando avanços e distanciamentos. O receio com a velocidade de transmissão e a ampliação de diferentes realidades foi uma pauta importante apontada pelos residentes:

Eu acho que hoje em dia tudo é mais divulgado, não sei se antes também tinha e ninguém sabia, ficava lá dentro da roça e ninguém sabia. Hoje em dia todo mundo tem acesso a todas as informações, hoje em dia a gente acha tudo...a gente sabe mais...uma mídia maior, uma publicidade maior [R1,GF4].

É bem verdade que, se de um lado as novas tecnologias proporcionam uma ampla difusão do conhecimento e também monitoramento dos pais sobre os filhos, de outro, um mundo sem fronteiras se estabelece no interior das casas e das instituições, pondo em risco um espaço até então controlado e seguro ¹⁴⁸. É com isso que há que se lidar, sem negar. Essa dialética foi pouco problematizada pelos MR nos GF, e muitos escolheram, em opiniões enfáticas, o lado “certo e bom” para o crescimento e o desenvolvimento normais e os

perigos tecnológicos para os seres frágeis e em formação: “*Você pega um tablet, bota na mão da criança, a criança fica assim parada ali, isolada!*” [R1, GF4].

A série da plataforma Netflix® “*Thirteen Reasons Why*” (13R) e o desafio virtual “Baleia Azul”, já discutidos nesta dissertação, foram citados nos GF, como exemplos da influência da mídia, conforme esperado pelos pesquisadores. A maioria dos MR fez comentários pouco precisos sobre esses dois fenômenos midiáticos, trazendo apenas uma reflexão moralista e de senso comum.

Tem até uma série da, aquelas Treze Razões, que eu acho que teve jovem se matando por aí. Se matando, copiando, não que talvez fosse uma ideia, mas muito de talvez uma falta de crítica (...) Um pouquinho de senso crítico para saber que aquilo é arte [R2, GF1].

Mas eu acho que, por exemplo, essa série eu acho uma romantização do suicídio. Eu acho. [R2, GF4].

Sobre a série 13R, uma parcela considerável dos participantes comentou ter assistido, mas sem um olhar crítico acerca do impacto e da influência que poderia representar para os pacientes pediátricos. Ficou nos pesquisadores uma forte interrogação sobre as responsabilidades que os profissionais de saúde devem e podem ter sobre esses elementos da cultura em relação ao cuidado, à terapêutica e aos diagnósticos ²⁷.

Concomitantemente, foi importante a discussão de alguns conceitos referentes ao comportamento suicida na infância e adolescência expostos nos GF, como “os eventos de contágio” e “a multicausalidade dos atos suicidas”. Outro ponto de discussão, foi a “busca por culpados” diante do comportamento suicida, conteúdo marcante na transmissão midiática desse fenômeno complexo, um tópico muito acionado durante os encontros.

Assim, a falta de uma estratégia formal de ensino sobre a temática pelos PRM, proporcionou simultaneamente uma desconsideração e uma

supervalorização da mídia pelos MR. Observou-se, na maioria dos casos, a desconsideração do impacto reflexivo, positivo e benéfico que a mídia pode provocar no público infantojuvenil. Também houve por parte de alguns, uma supervalorização da transmissão de conceitos técnico-científicos profissionais, mesmo que os meios de comunicação não tenham responsabilidade e autoridade para isso.

Apesar da tônica mais dominante, alguns participantes conseguiram evocar uma discussão mais moderada, equilibrando, a partir de suas vivências, o efeito negativo que seus colegas expunham sobre a mídia e os infantes:

Por exemplo o 13R, para mim, abriu uma discussão legal, mas eu acho que dependendo da faixa etária, pode ser uma exposição perigosa, assim. Eu acho que foi legal ter um assunto sobre o suicídio, ter, se falar sobre suicídio na televisão. Quando você tem um adolescente exposto a isso e tem um lugar para falar sobre isso fora de seu quarto e da Netflix®, eu acho que a mídia ela ajuda, então ele consegue falar com a família, com um profissional, com todo mundo. Agora, se eu tenho um paciente, que ele é exposto a isso e ele não tem com quem falar, que vai ficar ele com a reflexão dele, sob o entendimento dele do que foi exposto, eu acho que isso pode ser um pouco perigoso, porque a gente consegue ter nesse paciente de repente gerar mais sofrimento [R2, GF5].

Foram poucos os participantes que conseguiram, durante os GF, expressar a necessidade da apropriação de novas tecnologias para sua inserção na clínica, reconhecendo a importância das novas linguagens, características de crianças e adolescentes.

Eu acho que a mídia, nessa questão de discutir, ajuda dessa forma, de ver: “Ah, não é só com meu filho, acontece com outros, posso procurar ajuda médica, psicológica”. Eu acho que ajuda nesse ponto [R2, GF5].

Infelizmente, a maioria das falas evidenciou uma formação desconectada da realidade e maniqueísta em relação ao universo tecnológico. É preciso mudar essa realidade, investindo nos PRM e na formação dos pediatras ⁸:

Se a sociedade brasileira tem se adaptado aos atuais contextos sociais e experimentado desdobramentos dessas inovações é esperado que isso transborde como desafio e demanda pediátrica por inovações, estratégias e criatividade. (p.71)

Um exemplo prático que demonstra a relevância da apropriação de novas linguagens tecnológicas e um benefício direto à saúde foi a incorporação recente pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) de *chats* como ferramenta de prevenção do suicídio. Em sua linguagem ágil e direta, tal como a utilizada em diversos aplicativos de relacionamento, esses canais têm atraído um público mais jovem, que não era abrangido pela estratégia telefônica da organização. Do total dos atendimentos realizados através dos *chats*, cerca de 50% são de usuários jovens, entre 13 e 29 anos, porcentagem maior do que a avaliada por chamadas de telefone.*

Essa é proposição sugerida por Silva Filho e Minayo em recente publicação, com resultados preliminares desta pesquisa de mestrado ⁸:

Entendemos que urge a necessidade de um aprofundamento teórico-conceitual sobre as experiências da rede mundial de relacionamentos e dos games por parte dos pediatras por vários motivos, dentre os quais: a realidade que aí está não será banida pela nossa não aceitação de sua presença e, a despeito da desconfiança dos que não concordam, a internet tem muitos aspectos positivos para a vida cultural e a ampliação de conhecimentos. Portanto, da mesma forma que o acesso às redes e games são fatores de risco e vulnerabilidade, também apresentam possibilidades de intervenção, proteção e promoção de resiliência. (p.71)

Reflexão semelhante sobre a participação de adultos no cenário virtual proporcionando um cuidado para crianças e adolescentes, foi feita por Corso, psicanalista brasileiro, em uma entrevista jornalística alguns anos após o suicídio

* Os dados referentes à utilização de *chats* pelo CVV (Centro de Valorização da Vida) foram apresentados pelo Sr. Antonio Carlos Santos, membro do Conselho Diretor da organização, durante sua participação na reunião técnica “*Analisando o suicídio de adolescentes no Brasil: desafios e oportunidades*”, realizada em dezembro de 2018, na sede brasileira do Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF). O mestrando desta pesquisa esteve nesse encontro e pôde discutir com ele sobre esses dados, incorporando-os à dissertação.

de um adolescente que acompanhava analiticamente, cuja morte autoinflingida foi transmitida *on line* ¹⁴⁸ *:

A internet tem um valor moderno importante que é a abolição das diferenças. Todo mundo tem o mesmo peso lá dentro (...) Precisamos aprender a usar a internet, habitá-la. Talvez a gente tenha de andar nessas ruas escuras. Talvez este seja um movimento necessário. Talvez não dê para esperar pela geração seguinte. Talvez tenhamos de entrar para ajudar quem está lá. A nossa falta de saber técnico de entrar não desqualifica toda a outra sabedoria que a vida nos deu para sair destas ciladas mais banais que a internet coloca. (sem página)

Diante do apresentado nesta seção e amparando-se nessas duas reflexões finais, compreende-se ser necessário o estímulo para um treinamento pediátrico mais sensível às práticas cotidianas e realidade de crianças e adolescentes ^{27,149,150}, evitando-se, conforme já mencionado, que conhecimento e percepção estejam no mesmo plano. A certeza de uma distinção estática entre o real e o virtual foi um discurso unísono nos GF, que repercutiu o transmitido por seus supervisores. Mas, como lembra Corso ¹⁴⁸, para crianças e adolescentes “essa diferenciação entre o real e o virtual não é tão radical. Há um portal em que eles transitam, lá onde nós somente vemos uma linha divisória, uma parede.” (sem página)

Recorrer, com cautela, aos fenômenos tecnológicos já estabelecidos, mas a partir de proposições que permitam sua integração ao arsenal terapêutico e compreensivo da pediatria pode se constituir numa estratégia ^{149,150}. Nesse horizonte, a suicidologia tem trabalhado com a premissa do Efeito *Papageno*, objetivando a redução do comportamento suicida a partir de casos índices, ainda que divulgados ao grande público ⁵². Assim, uma atitude responsável diante de

* A história desse adolescente, conhecido como “Yonlu”, foi transformada num longa-metragem nacional que leva o nome de seu protagonista. Dirigido por Hique Montanari e produzido por Luciana Tomasi, Yonlu foi lançado em agosto de 2018. <https://www.facebook.com/yonlufilme/> <acesso em 04.02.19>

um fato social, como um caso suicida, seria capaz de não apenas estimular, mas de inibir manifestações autodestrutivas. O Efeito *Papageno*, dessa forma, contrabalança o Efeito *Werther*; ambos partem da existência de um contágio, mas posicionam-se em um equilíbrio possível a partir de uma intervenção ética ⁵².

Ainda que as demarcações cronológicas sejam constituintes nucleares da pediatria, os conflitos geracionais que ela provoca podem ser redimensionados em prol de sua assistência. Ficou evidente nas discussões de grupo que o tópico “mídia” (seu papel, seu peso, seu lugar) precisa fazer parte da formação dos pediatras buscando-se a compreensão do seu significado para as crianças e adolescentes, pois é inevitável que eles se deparem com o tema e seus influxos em consultas que primem pela empatia e pelo cunho compreensivo.

7.2.3 - Adolescência

Esta subdivisão da categoria 2 (Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos), enquanto unidade de sentido, poderia ter sido diluída nas duas anteriores. Sua demarcação e detalhamento, porém, visa a destacar esse segmento pediátrico que ganha extrema relevância clínica e epidemiológica, particularmente, quando se considera o comportamento suicida, conforme já discutido. Pode-se considerar, no horizonte compreensivo desta dissertação, que o tópico “Adolescência” congrega fortemente a expressão dos conflitos geracionais (7.2.2) e a transição das idealizações pueris (7.2.1), mesmo que, para uma simplificação do trabalho, tenha-se optado por descrições sobrepostas da construção social da infância e da adolescência.

As premissas da “fragilidade” e do “crescimento e desenvolvimento”¹⁰⁸, ainda que pertinentes, precisam ser adaptadas a essa subpopulação pediátrica. Um corpo já crescido, com vestígios reais e simbólicos da maturação sexual, onde a fragilidade recai, principalmente, sobre o desenvolvimento e a subjetividade. Esse corpo que prontamente problematiza o sofrimento psíquico, por marcos da sexualidade e marcas da violência.

O período da adolescência foi, assim, descrito por um participante da pesquisa:

Eu acho que na adolescência é tudo muito intenso, não é? Aí acho que quando o adolescente se sente mal, ele se sente como se fosse a pior coisa do mundo, sabe? Ele não sabe nada da vida talvez ainda [R1, GF1].

O entendimento da adolescência como um público sob responsabilidade da pediatria, tanto na assistência quanto no treinamento profissional, embora não tão recente, ainda provoca impasses organizacionais e conceituais⁸⁵. De forma que os conflitos intrínsecos da própria fase da adolescência poderiam ser identificados como inerentes ao de uma especialidade médica em modificação. Uma pediatria que, ao amadurecer, passou a reconhecer sob sua atribuição a saúde dos pacientes que estão em transição entre a infância e a vida adulta.

Conceitualmente, a adolescência compreende esse período de transição sendo caracterizado, segundo Eisenstein⁸⁷:

(...) pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. (p.6)

Os limites cronológicos que estabelecem esse grupo são variáveis, o que sugere a influência de um importante componente histórico-social na construção ocidental do conceito de adolescência⁸⁸. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como de 10 a 19 anos (*adolescents*) e a Organização das

Nações Unidas (ONU) como o intervalo entre 15 e 24 anos (*youth*), com uma subdivisão para jovens adultos entre 20 e 24 anos (*young adults*)⁸⁷. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069 de 1990, estabelece que os brasileiros entre 12 e 18 anos são adolescentes, sendo em que casos excepcionais (como na deficiência intelectual), esse limite pode se estender até os 21 anos¹⁴⁷.

Na cultura ocidental, no século XIX a adolescência foi balizada com mais nitidez: a masculina entre a primeira comunhão e o bacharelado ou o serviço militar e a feminina entre a primeira comunhão e o casamento⁸⁸. O interesse médico e o pedagógico sobre esse público, entretanto, surge com o entendimento de uma etapa do desenvolvimento da espécie rumo à adultez; uma fase turbulenta e inquieta (*sturm und drang*)⁸⁴ que afeta a todos evolutivamente. Como descreve Grossman⁸⁸:

Ao longo do século, a adolescência passou a ser reconhecida como um momento crítico da vida, temida como uma fase de potenciais riscos para o indivíduo e para a sociedade, uma real "zona de turbulência e contestação". (p.48)

A compreensão biológica dos processos maturacionais, sexuais e hormonais normais da espécie, no decorrer do século XX, corroborou a compreensão acerca do crescimento e do desenvolvimento do corpo humano. E tornou-se um importante preditor para a consolidação da adolescência como uma etapa biológica da vida⁸⁴. As transformações sociais e estruturais após as duas grandes guerras criaram cenários e contextos estimuladores de um protagonismo de contestação. Contracultura, politização e engajamento social tornaram-se símbolos da representação psicossocial da adolescência até a década de 1980⁸⁸.

O início do século XXI anunciou-se como um período com duas características de forte conotação com o que hoje se compreende por adolescência: a atratividade tecnológica e a imensa busca por bens de consumo. Embora inicialmente tenham sido associadas moralmente a essa etapa do ciclo vital, concebe-se que toda a contemporaneidade se sustenta nelas, sugerindo, conforme Birman (2006), apud Grossman ⁸⁸, que a atualidade expandiu a adolescência, alargando suas fronteiras cronológicas e conceituais.

Essas reflexões apontam para a inegável necessidade de discussão da subjetividade dos adolescentes pelos pediatras, sendo os médicos que os assistem. Subjetividade que reverbera diretamente os conflitos que emergem da transição entre a vida infantil e a vida adulta, das mudanças corporais e dos impasses e ajustes sociorrelacionais ^{84,141}. Esse grupamento de conflitos foi reconhecido como intrínseco ao desenvolvimento normal da adolescência, podendo ser exacerbado por um conjunto de vulnerabilidades que conduzem ao sofrimento psíquico. A “Síndrome da Adolescência Normal”, como descrita por Knobel e Aberastury, compreende esses três conflitos fundamentais: (1) a perda do corpo infantil; (2) a perda dos pais da infância; (3) a perda da identidade e do papel sociofamiliar infantil ^{84,85}.

Cassorla, discorrendo sobre o comportamento suicida de adolescentes e o seu desenvolvimento normal faz a seguinte sugestão, sob à luz da psicanálise ⁶⁴ :

A ideia suicida é comum nos adolescentes, e é possível que sirva também como um mecanismo de enfrentamento da morte, como uma forma de tentar compreender e elaborar as ideias sobre a morte. Nesse contexto, as ideias suicidas, se superadas naturalmente, podem ser consideradas normais na adolescência. (p.92)

Essa proposição, embora possa provocar uma reação de grande estranhamento, é preciosa pois aproxima os tabus da morte e do suicídio com a subjetividade do adolescente, sem a desqualificação do sofrimento psíquico como induzida pelo senso comum, frequentemente, reproduzida profissionalmente. O relato de um residente participante de um GF descreveu como isso pode se confundir na assistência pediátrica:

A história da própria família era de que ele reclamava na adolescência, ele está de frescura, ele está de bobeira, ele está na adolescência. Então assim isso também não é tão abordado por isso ser tratado como uma confusão que faz parte da adolescência, e nem sempre será um transtorno psiquiátrico, mas um sofrimento emocional [R2, GF5].

Considerando as perdas e os lutos experimentados por um adolescente em seu desenvolvimento, destacam-se algumas considerações que o campo e a bibliografia permitiram apontar. A primeira é a hibridez representada por “um ser e um estar” em transformação. Uma busca por uma adequação que pode se apresentar de forma muito angustiante na clínica com adolescentes^{64,141} e que carece de melhor abordagem nos PRM, até pelo pequeno espaço que recebe a medicina de adolescentes.

Essa hibridez é bem exemplificada quando se analisam as altas taxas de mortalidade autoinflingida em adolescentes indígenas^{37,89}. Para além da complexidade *per se* do que pode representar o fenômeno suicídio para cada um das etnias indígenas¹⁵¹, têm-se elevados números para esse grupo etário. Público que, mesmo não sendo reconhecido como adolescente em determinadas culturas, vive o conflito do pertencimento. Seja a busca pelo pertencimento de ser aceito como um elemento da realidade infantil ou da adulta ou, especificamente, pelo pertencimento de uma cultura: a indígena ou a branca. Os conflitos geracionais se ampliam nessa situação, quando os adolescentes

deixam de ser identificados por seus ascendentes como indígenas ainda que não tenham garantida a sua inserção na cultura do “homem branco”¹⁵¹.

A busca por pertencimento e a hibridéz etária e cultural parecem predispor a um grande sofrimento psíquico, reforçado pelo status de uma sociedade de consumo fortemente emoldurada pela tecnologia¹⁴¹. Aliado a isso, encontram-se em diversos grupos de adolescentes, um conflito de devir, de se posicionar entre a inovação e a tradição. É interessante perceber como tais ponderações reforçam a percepção de projeção futura assumida pela Pediatria, em que as idealizações e os conflitos se reapresentam e se reeditam continuamente.

Dar visibilidade aos adolescentes, aos seus conflitos e a sua subjetividade, reconhecendo sua singularidade e também sua diversidade como múltiplas adolescências é um desafio para o enfrentamento da morbimortalidade infantojuvenil, incluindo-se os casos de autolesões. A possibilidade de um treinamento em serviços que valorizam as peculiaridades pediátricas na abordagem da saúde adolescente pode ser uma estratégia potente para isso, como sugeriu um residente:

Você vai abordando conforme o paciente vai deixando, vai perguntando, vai questionando... é o que a gente faz quando fica sozinho com o adolescente. O adolescente age de uma forma com você quando você está sozinho e de outra forma quando está com os pais, são poucos os que falam abertamente com o pai ou a mãe do lado [R1, GF5].

Assim, formula-se o desafio de incluir no *setting* terapêutico as diferentes linguagens e expressões que a saúde pode assumir. Como propõem Silva Filho e Minayo⁸:

Diante das vulnerabilidades biológicas, maturacionais e psicossociais que o curso normal da adolescência proporciona, reconhecer o impacto e potencialidades da cultura, das novas redes e tecnologias é papel fundamental dos pediatras. (p.71)

O final desta seção 7.2.3 também encerra a segunda categoria analítica da pesquisa. Retomam-se os versos de Casimiro de Abreu e questiona-se até que ponto a romantização construída pela pediatria não a distancia da realidade contemporânea das crianças e dos adolescentes. A reflexão sobre a assistência pediátrica não deve ter como parâmetro temporal apenas a evocação de um passado saudosista ou a projeção de um futuro esperançoso, mas também o manejo relevante, ético e conectado com as peculiaridades e desafios de um presente no qual crianças e adolescentes existem e estão inseridos e ao qual estão expostos.

7.3 - “Porque suicídio não é tema de sessão clínica!” - Lacunas formativas dos PRM em Pediatria

Independentemente se pautada por metodologias conservadoras ou ativas de aprendizagem ¹⁴³, a formação médica tem o estudo de caso como uma ferramenta largamente utilizada em toda a sua duração. Na lógica de que o particular possa ser projetado ao geral, a preparação profissional estimula que os alunos esmiúcem as peculiaridades e as correlacionem com os modelos normativos vigentes em cada disciplina. Os casos clínicos seguem a lógica de uma intensiva e rebuscada elaboração seguida de sua exposição coletiva em uma discussão, uma sessão clínica. Não seria exagero insinuar que as sessões clínicas retratam o ápice do ensino médico: um caso real, preparado por um estudante e discutido por professores especialistas.

A justificativa pela descrição caricata acima de uma sessão clínica foi ter sido essa a tonalidade que modulou a enfática fala de um residente [R2, GF5] que serviu de título à categoria três. Não obstante toda a relevância clínico-

epidemiológica que apresenta o suicídio, diversas questões acadêmicas e inerentes à educação médica impedem que ele seja escolhido como o tema de uma sessão.

A identificação de vazios curriculares nos PRM sobre o comportamento suicida na infância e na adolescência foi prevista pelos pesquisadores na etapa de construção teórica desta dissertação, influenciando a hipótese de que haveria uma desconsideração ou inabilidade dos MR para lidar com esse tema. Como já apresentado no capítulo seis (nas argumentações da seção 6.2), tais lacunas formativas ganharam um importante destaque em campo, por meio das falas dos participantes. Porém, como também já demonstrado na explanação sobre a figura 5 (seção 6.4), coube ao trabalho analítico compreender as condições antecedentes dessas lacunas, o que foi entendido pelos próprios pesquisadores como o maior mérito dessa fase de análise, dada sua menor transparência e obviedade ¹²⁹. Pretende-se, desse modo, rerepresentar algumas evidências das lacunas formativas, justificando sua dimensão no decorrer de todo o processo de investigação.

Ainda no decurso dos GF foi possível corroborar o desconhecimento técnico dos MR sobre o comportamento suicida. As dúvidas conceituais apresentadas eram significativas. Foram poucos os que conceituaram termos e condutas pelo embasamento na literatura biomédica e pelas boas práticas profissionais. Muitos, todavia, comentaram claramente sobre seu pequeno conhecimento do assunto:

A gente, eu pelo menos, não sei a ponto de nem te falar a respeito disso. Não sei nem por onde estudar essa coisa subjetiva desse jeito [R1, GF4].

A gente não... não é uma coisa que a gente dá importância na nossa formação [R2, GF3].

Prevaleceu um conhecimento, assim, que proveio das experiências e das vivências pessoais, uma percepção não formatada ou autorizada pelo saber biomédico. Assim, a percepção se assemelhou ao conhecimento. Não se trata aqui de uma desqualificação do senso comum, mas de colocar uma necessária interrogação sobre o papel assumido pelas agências formadoras, que, objetivando a saúde e o bem-estar da população pediátrica têm como missão instituir e transmitir normativas de cuidado e proteção, amparadas pela técnica e pela pesquisa acadêmica. Pondera-se, entretanto, um grande alerta para que não sejam ignoradas algumas reflexões já consagradas pertinentes ao campo da saúde coletiva sobre a dominação dos corpos pelo poder biomédico ^{17,104}.

Levanta-se, todavia, um questionamento crítico sobre porque a ausência de um posicionamento reflexivo sobre o suicídio e o comportamento suicida, distanciando-o do conteúdo disciplinar. Há portanto uma ambiguidade médica, de uma medicina que se autodenomina responsável pela vida mas renega o lidar com algumas tipologias de mortes ⁸⁰.

Essa ambiguidade também apareceu na maneira como o mesmo comportamento suicida, por vezes refutado, pode vir a ser experimentado e legitimado, segundo alguns médicos participantes. “*A luta pela vida*” [R2, GF1] pôde ser ponderada e modulada:

Para gente faz todo sentido o médico se suicidar porque ele cuida da vida dos outros. Acho que porque o outro vem sempre na frente da gente, sempre tem alguém na frente de nós mesmos, isso é bem complicado, não é? [R2, GF1]

Dessa forma, as próprias experiências e vivências pessoais podem conduzir a interpretações diferentes do fenômeno do suicídio, por ele evocar, sem dúvidas, questões existenciais individuais e coletivas sobre tabus sociais como a morte e o suicídio. A crítica passa, então, pelo risco assumido por uma

entidade formadora, em nível de graduação ou pós-graduação, de se evitar o tema, deixando que as ações e práticas sejam influenciadas predominantemente por uma percepção individual. Percepção que pode proporcionar experiências e vivências positivas ou negativas, com diferentes graus de afetação e, logo, diversas consequências.

Tal observação se compara à situação costumeira na assistência pediátrica como o questionamento, pelos pais ou responsáveis dos pacientes, se aquele especialista já teve filhos, numa lógica que a grande validação da prática profissional dar-se-ia no espaço pessoal e doméstico ²⁴. Não se pode negar a miríade de influências benéficas que a parentalidade pode provocar, mas é preciso reconhecer que o treinamento em “ensino e serviço” basta como capacitação ^{29,110}, permitindo que pediatras com e sem filhos exerçam igualmente sua profissão, com ética e técnica.

Semelhantemente, como apontado no capítulo anterior, alguns residentes relataram experiências de manejo do comportamento suicida fora do espaço do PRM. O treinamento da RM não deveria se apoiar em tais experiências, devendo conseguir proporcionar, no curso do programa, essa capacitação. Um treinamento que suplante potenciais defasagens, capacidades e inocências que a vida pessoal e ocupacional pode promover. As experiências e as vivências, de âmbito profissional ou pessoal, devem ser consideradas como pontos favoráveis e complementares ao ensino, até mesmo para um compartilhamento afetivo entre os MR. Não devem, contudo, eximir os programas da responsabilidade de garantir uma preparação adequada. A explanação de um residente trouxe esclarecimentos sobre a delicadeza dessa questão:

Por isso que tem que ter mais discussão e treinamento. Que aí você nivela todo mundo, assim, pelo básico, que não vai

depende só da empatia do que você viveu e do contato com isso fora [G2, GF5].

Fica evidente, assim, que não apenas na definição do fenômeno suicídio se justifica uma complexidade, mas no entendimento e na capacitação de sua abordagem. Essa complexidade no manejo do comportamento suicida foi justificada em um dos GF:

Não envolve só a questão médica, envolve a questão psicológica, a questão emocional, não só do paciente, até do próprio médico em lidar com aquilo. O médico não tem tanta facilidade em lidar com pessoas que tem isso, não sabe tanto mexer, ver até onde pode ir, até onde pode perguntar, até onde conversar [R1, GF5].

Uma consideração importante ao se discutir sobre as lacunas formativas é que, em muitos momentos, o ensino na graduação médica se confundiu nos grupos (e permaneceu se confundindo na análise) com o da RM em pediatria. Embora tenha sido relevante demarcar a separação quando discutido sobre como a temática tende a receber maior ênfase durante o ensino nas faculdades de medicina (seção 6.2), muitas características pedagógicas de um PRM são um *continuum* do observado nas graduações, sem a devida problematização que uma nova etapa de formação deveria assumir.

Diante da constatação das lacunas formativas sobre comportamento suicida pelos PRM em pediatria, a partir de elementos já enumerados, coube aos pesquisadores tentar encontrar suas justificativas. Cinco pontos foram compreendidos como relevantes: (1) a baixa exposição sobre o tema; (2) o desinteresse discente no tema; (3) o desconforto provocado pelo tema; (4) a organização dos PRM; (5) o ímpeto anatomopatológico. É possível encontrar reflexões e observações desses pontos em partes anteriores da dissertação; sua

estruturação nesta seção, portanto, assume um caráter didático, classificatório e demonstrativo.

(1) *A baixa exposição sobre o tema*: esse é o ponto que recebeu mais destaque pelos participantes e, decerto, configurou-se como o de mais fácil identificação. Sua essência, todavia, baseia-se no princípio de que a participação discente no ensino-aprendizagem é predominantemente passiva e dependente de uma exposição e intervenção direta dos docentes. Não se deve negar, ainda assim, que a frequência desse tema nos currículos, programas ou processos seletivos é baixa, não obstante sua pertinência para a saúde pública.

Era assim simplesmente passado, era só ter, tinha que passar por esse, esse conteúdo durante a faculdade. Assim: numa aula a gente tem que ver isso [R2, GF1].

Acho que a gente ouve mais notícias, mas a gente não tem o trabalho de capacitação, principalmente pelos profissionais que estão lidando diretamente com isso (...) As pessoas não sabem abordar, isso é extremamente perigoso, então as pessoas não abordam [R2, GF4].

A segunda fala conseguiu retratar uma explicação para essa baixa exposição, que direciona para um ciclo vicioso que perpetua os tabus na formação pediátrica.

(2) *O desinteresse discente no tema*: mesmo se for considerada uma exposição temática insipiente, ficou muito evidente na análise dos dados o pequeno interesse demonstrado ao longo da graduação e da RM. Desinteresse descrito de forma semelhante temporalmente nos relatos dos participantes, permitindo a colocação de alunos e MR sob o mesmo termo *discente*.

É assim, a gente fica preocupado com tantas outras coisas que acaba que isso fica em segundo plano, a saúde mental, a psiquiatria, a psicologia em si, a gente acaba excluindo para adquirir conhecimento técnico em outras coisas e aí acaba que não se interessa [R2, GF1].

O que eu quis dizer sobre não gostar, não que eu não estudaria, é que eu evitaria ao máximo. É muita coisa subjetiva e isso dá

um...eu por exemplo, no meu ver me dá um pouco de preguiça [R2, GF4].

Ao mesmo tempo, houve sinalizações de que a progressão na carreira pediátrica pode ter provocado, em alguns casos, uma preocupação com o tema, sugerindo mais responsabilidade, maturidade ou crítica profissionais. Não ficou claro, contudo, a participação dos PRM nessa mudança de postura.

A gente sente falta...muito mais falta hoje...a gente não se preocupava muito. A preocupação vem com a responsabilidade [R1, GF1].

Depois a gente acaba tendo mais responsabilidade quando lida com esse tipo de doença e tudo mais, até chegar no consultório uma criança que se automutila, então a gente vai ter que saber lidar com isso, vai ter que estudar isso. Então a gente vê como foi deficiente o ensinamento durante a faculdade, tanto por nossa parte quanto por parte da disciplina [R2, GF4].

Nesse contexto, um diálogo do mediador com um participante também exemplificou essa mudança, destacando o protagonismo que os MR sabem que podem ter conforme o interesse ou a necessidade:

Não tive aula sobre isso não, não lembro de ter aula, mas a gente acaba lendo quando tem interesse. Eu li porque eu gosto do assunto.

[Você acha que quem não gosta não lê?]

Mais ou menos, se não tiver necessidade não vai buscar [R1,GF3].

(3) *O desconforto provocado pelo tema*: a concepção da suicidalidade como um tema difícil, estranho e avesso à prática médica teve evidência no decorrer desta dissertação. Optou-se, então, por apresentar algumas falas que representam como essa ideia emergiu nos encontros, justificando a escassez expositiva e o desinteresse pelo tema.

As pessoas não abordam muito, incomoda falar sobre [R1, GF1].

É mais fácil não se envolver pra falar: "Não está comigo então eu estou mais confortável porque eu mandei [o caso] para alguém!" [R2, GF2].

Esse tema é muito... que a gente tenta um pouco ficar um pouco cega diante desse tema porque a gente não sabe lidar muito bem [R1, GF3].

A verbalização do desconforto em tratar o tema do comportamento suicida, em alguns momentos, foi clara, evidenciando o sofrimento emocional dos residentes em tratá-lo.

Nosso sofrimento porque a gente está cansado, porque está trabalhando muito, porque a gente gastou nosso pingo de energia tentando consolar um paciente e não tem ninguém pra consolar a gente [R2, GF5].

(4) *A organização dos PRM*: identificam-se duas características na organização dos PRM que favorecem as lacunas formativas. A primeira reflete uma questão estrutural: a escassez de psiquiatras da infância e adolescência inseridos nos hospitais universitários, que fazem parceria com os serviços de pediatria. Essa falta afeta diretamente a inclusão da temática sob um rigor técnico. Dois residentes exemplificaram essa situação:

Inserir cenário que possa vivenciar essas coisas na pediatria [R2, GF1].

A gente roda em ambulatório de especialidade, não é? A gente tem várias especialidades, mas a gente não tem psiquiatria [R1, GF5].

A segunda expõe uma dificuldade que os PRM têm de propiciar um espaço reflexivo, sob orientação, do experimentado no curso da RM. Um suporte não para questões de foro íntimo dos MR, mas a garantia de uma supervisão que alcance o segmento prático do “treinamento em serviço” no tocante às relações interpessoais e às diversas situações difíceis que envolvem e integram a assistência pediátrica.

Seria interessante ter um lugar para discutir isso que a gente não soube lidar, a gente não...a gente não lidou, a gente viveu [R2, GF5].

A parte II do capítulo oito (Objetivos estratégicos) apresenta sugestões acerca da estrutura e da organização dos PRM e a forma como se poderia facilitar a introdução e a discussão, no caso concreto, sobre comportamento suicida na infância e na adolescência.

(5) *O ímpeto anatomopatológico*: esse ponto, embora não se configure como original diante de qualquer argumentação sobre educação médica, mostrou-se fortemente ancorado na vivência dos residentes. Por diversas vezes os participantes justificaram a força do conteúdo de sua formação no modelo anatomopatológico. É de se observar que a crítica a uma lógica clínica e terapêutica determinada pela patologia e geradora das relações definidoras do normal e do patológico, presente há muitas décadas nos estudos e leituras sobre a prática biomédica, não pôde ser observada nos discursos e argumentos dos participantes dos GF^{104,105}. Pelo contrário, eles reafirmaram a influência do modelo na sua concepção de saúde e doença e na sua forma mais instrumental. Ou seja, é preciso ter um órgão alvo ou um exame com uma medida normatizada para que se ateste um sofrimento passível de intervenção.

Ah, o ensinamento da faculdade, a gente fica trás de doença, não é? A gente quer ver doença orgânica lá, um câncer num osso, a gente quer ver aquilo acontecer, não é? Quer ver o orgânico, a gente quer ver o anatomopatológico! [R2, GF4]

Dar prioridade à saúde mental, por não ser algo palpável, no sentido de não ter como eu auscultar, ver temperatura, não tem como ver aquilo dali que está errado [R1, GF1].

Igual na diabetes, uma glicose alterada eu tenho como provar, a depressão você não tem como provar [R1, GF2].

Sendo da ordem do impalpável, do que não assume um formato passível de ser quantificado e mensurado, o sofrimento psíquico se desqualifica e se esvazia, segundo a mentalidade de alguns residentes. De forma que, mesmo as

técnicas inerentes ao que é reconhecido na área da saúde mental puderam ser desvalorizadas.

Eu acho que é uma pergunta pontual: “Você tem pensamento suicida?” Ela não vai responder, nem se tivesse, eu acho. Entendeu? Não seria inadequado perguntar, mas acho que não seria uma resposta verdadeira! [R1, GF4]

Apesar da referida postura como sendo a mais comum, em algumas falas foi possível se observar o reconhecimento de que uma tendência eminentemente biológica de ímpeto anatomopatológico não é capaz de responder a todos os desafios clínicos e epidemiológicos do público infantojuvenil. Duas falas conseguiram demonstrar bem isso:

Não é uma doença? Então a gente tem que melhorar para poder atender direito [R2, GF4].

Com uma anamnese dirigida a gente não pergunta habitualmente: “E aí, você está triste?” ou “E aí, como está se sentindo?” [R1, GF5].

Finalizando o quinto ponto, uma declaração logo no início de um GF mostrou-se precisa aos pesquisadores e sintetiza a inabilidade de médicos residentes em pediatria de atuarem em relação ao comportamento suicida na infância e adolescência. Questionado sobre a diferença de uma hipotética abordagem de uma síndrome clínica desconhecida e do comportamento suicida, um participante respondeu:

A gente sabe fazer o exame físico, a gente sabe fazer as perguntas e aí quando acaba tudo a gente não sabe o diagnóstico. Mas com o suicídio a gente sabe o diagnóstico, quer dizer, a gente entende que a pessoa está no sofrimento, a gente entende que a criança tem um risco de suicídio, mas a gente, às vezes, não tem tanto, assim, tanto jeito [R2, GF5].

Essa “falta de jeito”, que se manifesta num manejo embaraçado, foi de fato identificada como uma incapacidade dos MR. Interrogados sobre essa dificuldade, as respostas convergiram para a necessidade de se “ter mais discussão”, “de discutir o tema”, chamando atenção pela polissemia apresentada

pelo termo *discussão*. Para encerrar a terceira categoria (Lacunas formativas nos PRM em Pediatria) deste capítulo sete, propõem-se algumas reflexões sobre as “discussões”.

Discussão, conforme alguns participantes, significa fazer uma abordagem ampla e complexa sobre determinado tema. Mais do que uma exposição teórica ou apresentação de um caso clínico, significou para muitos participantes dos GF, a necessidade de articulação de diferentes saberes, numa menção crítica à visão apenas biomédica. Ou seja, ainda que um ímpeto anatomopatológico tenha se apresentado, houve também ponderações sobre a necessidade de ampliar as ferramentas de compreensão, interpretação e abordagem. Nesse horizonte, alguns participantes fizeram a relação do comportamento suicida com o tópico violência, associação consagrada na literatura e exposta nos Marcos Teóricos desta dissertação. Não que fosse verbalizado o entendimento do suicídio como um ato violento, mas pela menção como temas complicados, difíceis de serem abordados apenas pelo instrumental da tradicional. Por exemplo, a falta de discussão sobre violência, sofrimento psíquico e suicídio foram o enfoque na fala desse residente, que se declarou “perdido”:

Temas que são complicados, que não têm discussão, tipo, abuso sexual ou outros abusos, suicídio, às vezes ter depressão intensa ou outros transtornos psiquiátricos. Esses tipos de coisas que são complicadas, são difíceis, aí eu fico perdida [R1, GF5].

Ter mais discussões também sugeriu uma necessidade de adequação dos PRM à Nova Pediatria e às novas demandas da clínica. Discutir os PRM em si e os ajustes das questões nas quais avaliam fragilidades e defasagens. Ainda que o mediador, conforme apresentado no Roteiro de Debates, tivesse como objetivo que os participantes elencassem propostas curriculares, as sugestões de *discussões* estiveram presentes durante toda a duração dos GF. Fica

evidente a necessidade de formalizar espaços complexos para discussões ainda mais complexas. Para tal, provavelmente, é necessário que os estágios, as cargas horárias e os modelos avaliativos sejam revisados, apurando a qualidade do PRM como modalidade formativa ¹¹².

Para além das divergências possíveis e esperadas na relação entre supervisores e residentes ³⁰ - que aqui não se quer alimentá-las - é fundamental um olhar crítico por parte dos coordenadores dos PRM em relação ao formato cristalizado no peso biomédico, favorecendo que alguns tabus se perpetuem ou sejam tratados de forma superficial, embora sejam hoje centrais tanto para a saúde individual como coletiva. Nessa linha, um participante foi além da argumentação sobre a baixa exposição sobre o tema: “*Não adianta você trazer à tona esse assunto e não discutir*” [R2, GF5]. Em seguida, esse mesmo participante concluiu: “*Uma discussão maior, mais complexa sobre isso é difícil, na residência mais ainda*” [R2, GF5].

O terceiro sentido em que o termo em *discussão* aparece é o que dá destaque à necessidade de suporte emocional dos médicos residentes, incluindo-se a temática do comportamento suicida. O termo *discussão*, desse modo, faz referência a um espaço em que a subjetividade do profissional possa ser reconhecida, ouvida, compreendida e trabalhada, tornando-o apto a estabelecer uma relação terapêutica saudável:

Por exemplo, se você teve uma história ruim com a diabetes, de repente você não vai saber lidar tão bem com paciente diabético. Só que para a gente é tão natural discutir as doenças orgânicas, assim, puramente orgânicas na faculdade, que eu acho que isso já foi quebrado em algum momento da tua graduação. Se você tinha algum problema em discutir diabetes, você já ouviu tanto de diabetes que uma hora você vai discutir. Não sei se discutindo mais suicídio a gente teria mais habilidade, eu não sei [R2, GF5].

Assim como exposto em parágrafos anteriores, o reconhecimento da subjetividade do profissional e sua influência no tratamento é algo que demanda uma reorganização dos PRM, incluindo-se na necessidade de os pediatras suportarem o acolhimento e o manejo do sofrimento emocional de seus pacientes ^{24,144}. Desse modo, uma *discussão* pode representar a construção de uma habilidade pouco valorizada pelo treinamento médico atual, trazendo um impacto positivo para o enfrentamento de desfechos desfavoráveis. Como propôs um residente: *“Discutir o tema, se a gente aumentar a discussão disso, passar a discutir com mais frequência, talvez fique um pouco mais fácil de enfrentar”* [R1, GF5]. Numa reflexão muito pertinente, diante das fatalidades da assistência pediátrica, um outro participante considerou que: *“Seria interessante ter um lugar para discutir isso que a gente não soube lidar, a gente não...a gente não lidou, a gente viveu”* [R2, GF5].

As ponderações apontadas convergem para a lógica de se obter mais espaços reflexivos para os RM a respeito de sua prática e, de forma particular, compreender que discutir o comportamento suicida é refletir sobre a morte, mas também sobre a vida.

Em resumo, entende-se que mais do que demarcar um vazio no treinamento dos PRM em pediatria, reconhecer que há lacunas no método e conteúdo de formação possibilita um processo de ajustamento e adaptação. É importante pensar numa transição que estimule a busca por temáticas contemporâneas de relevância para a saúde, que incorpore novas linguagens e novas tecnologias, que reconheça os desafios e demandas da clínica e que valorize a subjetividade dos profissionais em formação ^{27,149}. Assim, talvez, seja mais fácil que temáticas difíceis sejam autorizadas ao *status* de sessão clínica.

O capítulo Discussão desta dissertação se encerra com uma provocação winnicottiana sobre o que esse autor chamou “duplo treinamento”, pela aproximação da pediatria com a psicanálise com crianças e adolescentes. Diante dos desafios da formação pediátrica, o comportamento suicida, além de ser um problema do ser humano em si mesmo, traz para a prática dos pediatras, a inevitabilidade de que novos saberes sejam incluídos e que antigos tópicos, como o desenvolvimento e a violência, sejam repensados. A proposição de Winnicott, originalmente escrita em 1953, não se configura como uma exigência à luz da Pediatria contemporânea, mas ilumina e clareia alguns conflitos da sua prática atual ¹⁴⁴:

Estou convencido que a intolerância com o sintoma aparece apenas porque o pediatra do corpo não sabe muita coisa acerca da chamada psicologia dinâmica (psicanálise para mim), quando apenas através desta ciência os sintomas adquirem sentido (...) Não é de se espantar que o pós-graduando, já farto de estudar, tendo já alcançado o título de especialista em pediatria, hesite ante uma nova disciplina e evite o novo e único treinamento que qualifica para a prática psicoterápica. (p.213)

8 - DA TEORIA À PRÁTICA: PRODUÇÕES E ESTRATÉGIAS

Escolhi o assunto “Pediatria e Psiquiatria” para minha conferência por causa da natureza de meu trabalho. Sou um pediatra que se voltou para a psiquiatria e um psiquiatra que se apegou à pediatria. Neste tipo de palestra, é escusável e mesmo normal, que o orador recorra à experiência que lhe é peculiar. Minha posição, pelo fato de trabalhar em dois campos, deveria me qualificar a comunicar algo que seja de interesse para o médico de crianças e também para o médico que trabalha com o louco. Aquele que trabalha com os dois assuntos inevitavelmente deve sacrificar um certo grau de perícia em cada um.¹⁴⁴
Donald Winnicott. *Pediatria e Psiquiatria* (1948).
In: *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*, 1978.

Embora não constando nos principais manuais e regimentos de pós-graduações em Saúde Coletiva, os pesquisadores deste trabalho propuseram o item “Objetivo Estratégico” (capítulo 3.3). Mais do que simplesmente um exercício criativo e de liberdade dentro da normatividade acadêmica, esse tópico proporcionou uma dupla função, importante durante o longo processo da pesquisa na pós-graduação, incluindo nisto a relação de orientação.

Num primeiro momento, ter um objetivo estratégico facilitou a construção de um objeto de pesquisa que fosse ancorado nas experiências pessoais e profissionais do mestrando, como apontado no capítulo 2 desta dissertação. Posteriormente, o comprometimento de uma devolutiva dos resultados e conclusões junto à Banca de Qualificação (Março/2018), reforçou a escolha de um caminho metodológico e analítico para uma produção com finalidade previamente definida. Embora se saiba que os produtos intermediários e finais de um mestrado não precisam ter um propósito exclusivo ou ainda predeterminado, esta propositura se converteu num estímulo perante as vicissitudes e desânimos familiares que ocorrem no desenrolar deste modelo investigativo.

Este capítulo tem como meta apresentar as produções e estratégias executadas e planejadas nos últimos 18 meses. Foi dividido em três partes: (I) citação de algumas atividades expositivas e publicações no período descrito; (II) um “grupamento de propostas” e a discussão da formulação de algumas estratégias para PRM em pediatria; (III) indicação de um produto futuro, a ser realizado pelos pesquisadores.

8.1 - Parte I

Dois artigos em periódicos indexados foram publicados neste período; ambos têm os pediatras atuantes e os em formação como público alvo. O primeiro (*Tentativas de suicídio em crianças e adolescentes: abordagem do pediatra*)⁹ é um artigo de revisão, publicado ao final de 2017, na *Revista da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro*. O segundo foi publicado em dezembro de 2018 na *Revista Adolescência & Saúde* como uma comunicação breve, apresentando os resultados preliminares desta pesquisa: *Comportamento suicida em adolescentes: desafios e reflexões para os pediatras brasileiros*⁸. Os dois artigos foram enviados para os coordenadores dos PRM participantes, solicitando o encaminhamento aos MR.

O mestrando realizou apresentações sobre o comportamento suicida na infância e na adolescência em alguns eventos acadêmicos neste período, listados a seguir, em ordem cronológica: Mesa Redonda sobre Suicídio (Setembro Amarelo) com o tema “*Comportamento Suicida: Considerações e Ponderações sobre Infância e Adolescência*”, na Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, RJ, em 22 setembro de 2017; 18º Curso Violência contra Crianças e Adolescentes – A

Intersetorialidade na Prevenção e no Atendimento. Centro de Estudos Olinto de Oliveira no IFF/FIOCRUZ, RJ, 14 de maio de 2018 com a exposição * *“Violência autoinfligida: suicídio”*; *“Saúde mental, alunos e professores: reflexões e desafios”*. Instituto Federal Fluminense Campus Cabo Frio. Cabo Frio, 21 de agosto de 2018; *“Comportamento suicida na juventude: considerações e reflexões”*. III Simpósio de Psicologia Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), Niterói, 31 de agosto 2018; *“Comportamento suicida no público infantojuvenil: considerações e reflexões”*. Jornada de Violência: A família e o impacto da violência sobre a vida de crianças e adolescentes: uma visão sistêmica. Centro de Estudos Olinto de Oliveira no IFF/FIOCRUZ, RJ, 05 de setembro de 2018; *“Comportamento suicida na infância e adolescência”*, Ciclo de Palestras Setembro Amarelo. Instituto Nacional de Infectologia (INI)/FIOCRUZ, 24 de setembro de 2018; Mesa Redonda Prevenção do suicídio na infância e adolescência com a apresentação *“Comportamento suicida na infância e adolescência: como prevenir?”*, IV Fórum de Pediatria do Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasília, 05 de outubro de 2018; *“O adolescente e o comportamento suicida: considerações para o pediatra”*, XIII CONSOPERJ - Congresso de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 10 de outubro 2018; *“Quero Sumir! Comportamentos autodestrutivos na adolescência”*. Fórum Permanente ABENEPI (Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e Profissões Afins) Leste Fluminense. HUAP/UFF, Niterói, 22 de outubro de 2018.

Das atividades elencadas acima, destacam-se as apresentações no “IV

* Essa exposição foi seguida por uma entrevista publicada no sítio eletrônico da Agência Fiocruz de Notícias, em agosto de 2018, disponível pelo endereço <https://agencia.fiocruz.br/suicidio-na-infancia-e-adolescencia-e-preciso-romper-o-silencio> . <acesso em 08.01.2019>

Fórum de Pediatria do Conselho Federal de Medicina (CFM)” e o “XIII Congresso de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (CONSOPERJ)” por terem sido direcionadas a entidades vinculadas à assistência e à formação médica e pediátrica. Objetivando-se a participação da SOPERJ na campanha do “Mês de Prevenção do Suicídio”, a direção da entidade solicitou a filmagem de uma breve entrevista para ser veiculada em seu sítio eletrônico e divulgada aos seus sócios. Em dezembro de 2018, o mestrando participou de uma reunião técnica (*Analisando o suicídio de adolescentes no Brasil: desafios e oportunidades*) convocada e organizada pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), em sua sede no Brasil.

Finalizando esta seção, ressalta-se a série de atividades acadêmicas realizadas posteriormente às entrevistas de coleta de dados, conforme citadas no capítulo 5.3 e à cada descrição dos GF. Esses encontros, segundo o interesse do coordenador de cada PRM, foram abertos a outros profissionais de saúde da comunidade hospitalar e foram compreendidos como a primeira e a mais importante devolutiva aos participantes pelos pesquisadores. A possibilidade da saída de campo associada a essa atividade foi uma elaboração criativa da equipe, garantindo um retorno aos envolvidos: um pressuposto ético da investigação qualitativa ¹²⁷. Apesar de não ter sido possível, naquele momento, uma entrega dos resultados do estudo, a aposta foi na garantia de sua execução e em sua rapidez. As atividades educativas, pela dinâmica estabelecida entre pesquisadores e participantes, assumiram um formato semelhante nas cinco unidades. Foi apresentado um caso clínico real, com a exibição em vídeo de entrevistas clínicas do paciente (autorizadas pela família), seguidas de uma exposição teórica e questionamentos diversos.

Os coordenadores e os MR dos cinco PRM, assim como os Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos neste trabalho, e as diretorias da SBP, SOPERJ e da CNRM serão formalmente convidados para a Defesa desta Dissertação.

8.2 - Parte II: Grupamento de propostas

A Revista da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro trouxe em um de seus editoriais [2018;18(2)] um alerta sobre a insuficiência do treinamento dos PRM em pediatria em relação à saúde mental infantojuvenil. Diante das demandas exibidas pela clínica e epidemiologia, o autor Werner Jr justificou essa atenção ²⁷:

O desempenho do pediatra precisaria ir além do objetivo de identificar e encaminhar os casos de suspeita de transtornos mentais e de comportamento. O pediatra (...) deve ser capaz de atuar em qualquer situação que coloque em risco o desenvolvimento infantil. (p.1)

Em concordância com o editorial da publicação oficial da entidade, os resultados e as discussões desta pesquisa sinalizaram alguns questionamentos sobre a formação pediátrica e sua necessária e urgente adequação a novas realidades e contextos clínicos e sociais. Compreendendo a missão assumida pela Residência Médica em sua díade ensino e serviço ¹¹⁰ e o compromisso da Pediatria junto à saúde de crianças e adolescentes brasileiros ⁴², valorizam-se nessa seção algumas solicitações e considerações dos próprios MR participantes sobre sua formação na especialidade, no tocante ao comportamento suicida. Algumas falas extraídas dos GF são, assim, discutidas num direcionamento para uma proposição dos pesquisadores.

A inserção de estágios em serviços de psiquiatria da infância e adolescência nos currículos dos PRM foi uma solicitação uníssona entre os residentes participantes: *“A gente poderia ter um rodízio em psiquiatria infantil*

ou coisa do tipo. Nenhum residente tem isso hoje, eu acho” [R2, GF1] e *“Eu acho que a gente tinha que ter contato com ambulatório e serviços de psiquiatria”* [R2, GF2]. Essa solicitação, porém, sinalizou uma dificuldade referente à organização e estrutura dos PRM, conforme abordado no capítulo 7.3. Um dado inesperado foi a constatação de que em um dos GF a existência de um PRM em psiquiatria da infância e adolescência na mesma unidade hospitalar não facilitou o convívio ou a troca de conhecimento entre os residentes de especialidades diferentes: *“A gente tem psiquiatria infantil dentro do hospital. A gente nunca teve nada em relação à psiquiatria infantil!”* [R2, GF4]. Apesar da parcialidade da fala do R2, não é inadequado o questionamento sobre o funcionamento dos dois PRM e de como ambos perdem com a impossibilidade de discussões e experiências em parceria.

A inexistência de serviços de psiquiatria infantojuvenil em número e em funcionamento compatíveis ao de PRM em pediatria faz com que outras alternativas precisem ser consideradas. Alguns residentes sugeriram a introdução da psiquiatria ou da saúde mental em seus programas, a partir de espaços já configurados, sugerindo *uma “convivência com a questão psiquiátrica na pediatria”* [R2, GF1] no objetivo de *“saber identificar precocemente o sofrimento mental”* [R2, GF4]. Foram exemplos de como isso poderia ser proporcionado: *“Grupos, sessões clínicas, discussões mais frequentes sobre o assunto, com casos clínicos reais, e a gente discutir a abordagem seria legal”* [R2, GF5].

Propostas para *“discussão de casos clínicos”* [R1, GF4] foram recorrentes, enfatizando a relevância que essa modalidade apresenta no ensino médico, conforme se destacou com o título de uma das unidades de sentido

desta pesquisa. Recorrer-se aos encontros teóricos que compõem as atividades da residência valorizando tópicos relacionados à saúde mental foi sugerido:

Mesmo no nosso canal teórico não tem o tema psiquiatria. Esses temas de psiquiatria são muito, assim, passados por cima no geral, assim: “Ah, não, a gente está aqui para resolver o problema físico da criança, a gente vai resolver e a saúde mental da criança aí vai ficar pra outra pessoa!” [R1, GF3]

Essa fala denunciou o quanto a dicotomia entre os campos do corpo e da mente ainda se apresentam na dinâmica dos serviços de atenção à saúde das crianças e adolescentes. Apesar de em muitos momentos o discurso dos participantes ter sugerido essa separação, foi possível identificar propostas inovadoras “*É preciso ter o tema psiquiatria dentro de todas as doenças físicas, entrar a parte psicológica junto*” [R1, GF3] e justificativas pertinentes “*Até a criança sem problema físico vai ter alguma coisa*” [R2, GF3].

Nesse contexto, os MR reconheceram a importância da multidisciplinaridade no cuidado. Ainda que essa invocação tenha surgido apenas em contextos de reconhecimento de inabilidade, é importante esse destaque. Duas falas conseguiram descrever bem essa necessidade: “*Acho que envolver uma equipe multidisciplinar de suporte e incluir a família no processo*” [R1, GF2] e “*A gente precisaria de um ambulatório de psicologia para dar continuidade*” [R2, GF4].

A inclusão do comportamento suicida na programação de eventos científicos das entidades de pediatria também foi uma sugestão consistente feita por alguns MR: “*Você não vê isso assim nos congressos em grandes temas de psiquiatria, nunca vi essa abordagem: ‘Hoje vamos abordar o suicídio na infância!’*” [R2, GF3]. Embora seja possível encontrar palestras e exposições sobre o tema, tais atividades são mais recentes e ainda com pequena relevância

quando comparada às demais. O que reflete o manejo da pediatria com esse assunto.

Com relação ao terceiro ano obrigatório dos PRM em pediatria, a maioria dos participantes viu como uma possibilidade e boa oportunidade para a incorporação de temas negligenciados ou de abordagem difícil, como o comportamento suicida. A confirmação dessa ideia pôde ser assim exemplificada: *“Então acho super válido e está aí o terceiro ano da residência, podia inserir isso daí”* [R2, GF1]. Houve também críticas a isso, numa contestação de que a baixa exposição ao tema não se dá pela atual duração da RM: *“Dois anos dá para abordar tudo, é só organizar”* [R2, GF4].

Duas propostas índice se formalizam pelos pesquisadores numa tentativa de conciliação dos componentes teóricos da literatura, da análise dos dados, das sugestões dos MR e da prática assistencial com o público pediátrico, encerrando essa seção. Elas representam as estratégias principais e compatíveis com o atual contexto dos PRM em pediatria, sendo indicações para os seus coordenadores e para as Sociedades de Pediatria. São elas: a interconsulta psiquiátrica e a transversalidade da saúde mental na formação pediátrica.

De forma breve, a interconsulta psiquiátrica refere-se a um processo facilitador da compreensão e da resolução de tensões e problemas emocionais de crianças e adolescentes assistidas por uma equipe clínica ¹⁵². Numa lógica de que avaliações ampliadas são mais importantes do que um instrumental diagnóstico, tem-se como objetivo proporcionar uma ponte clínica entre a pediatria e a saúde mental ^{19,117,153}. Assim, é possível redimensionar a avaliação da doença física, permitindo atribuição de sentidos para as experiências do adoecer e valorizando a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes ¹⁵².

Apesar do descritor *psiquiátrica* para o termo interconsulta, tem-se reconhecimento que pode ser conduzida por outro profissional de saúde mental habilitado ¹⁹. A sensibilização e capacitação de médicos residentes em pediatria e pediatras para o lidar com a subjetividade e o sofrimento psíquico é uma importante função dos interconsultores ^{117,153}, por isso aqui destacada. Assim, mais do que deslocar a formação pediátrica para *settings* predominantemente de formação em psiquiatria, entende-se que agregar um profissional de saúde mental em enfermarias e ambulatórios de pediatria é um processo mais facilmente capaz de suprir as demandas clínicas e as lacunas de formação dos PRM ^{117,118,152}.

Esses modelos têm sido experimentados e validados, com diferentes especificações, em diversos serviços de pediatria, com boa resposta ^{19,118}. Recomenda-se nesta pesquisa como uma estratégia potente e eficaz para o treinamento dos MR que, sem dúvidas, proporcionará melhores habilidades acerca do comportamento suicida.

A transversalidade da saúde mental não se refere a uma ferramenta em si, mas uma proposição de que a Pediatria deve ser permeada por temas que extrapolem o domínio orgânico. A sugestão é estimular que a prática clínica incorpore a dimensão mental e a social como campos de atuação ⁹. Embora sinalize uma obviedade, o treinamento pediátrico se atenta pouco para questões sobre a subjetividade dos pacientes, os direitos humanos, os valores e modelos familiares e os problemas sociais que afetam a saúde. Mesmo uma abordagem sobre o “desenvolvimento normal” recebe pequeno destaque, facilitando ora diagnósticos equivocados, ora tardios.

Assim, compreende-se que uma aproximação de outros profissionais seja

uma medida factível para que essa transversalidade seja obtida, melhorando ensino e assistência. Nesse sentido, repensar a interdisciplinaridade é fundamental, tentando a inclusão também de agentes do setor educação, como os professores dos ensinos infantil, fundamental e médio. As escolas apresentam um grande protagonismo quando se pensa em bem-estar, qualidade de vida e saúde mental na infância e adolescência ^{19,154}. Os professores são agentes fundamentais para a promoção e prevenção de saúde desse público. A saúde escolar tem recebido destaque crescente em programas bem sucedidos de prevenção do comportamento suicida ^{154,22}; isso, porém, ainda é uma questão muito pouco abordada pelos pediatras.

A transversalidade, dessa forma, demonstra um reconhecimento sobre a complexidade que o tema em destaque representa. Ampliar horizontes parece ser uma medida inicial satisfatória visto que a Pediatria sozinha não conseguirá enfrentar os novos desafios postos para saúde infantojuvenil. Conforme orienta Werner Jr: “O objetivo é possibilitar que o pediatra articule as relações biológicas, psicossociais e culturais associadas ao desenvolvimento das funções psíquicas superiores e aos outros aspectos do desenvolvimento humano”. (p.2)

8.3 - Parte III

No decorrer dos GF, conforme a autocrítica acerca de um restrito conhecimento sobre comportamento suicida, os residentes identificaram a necessidade de um instrumento para sua própria capacitação. Seguindo o modelo tradicional na formação pediátrica, eles entenderam que um protocolo seria uma opção adequada e prática:

Protocolo para ajudar num primeiro olhar, não o que vai fazer depois, mas o primeiro assim: “Pôxa! Eu percebi [R2, GF5].

Acho que falta isso, a gente ter um protocolo para seguir, para investigar. Tem aquelas cartilhas e manuais para doenças, mas para suicídio não tem. A gente não sabe como entrar no mundo do paciente, fazer com que ele refira o que está sentindo e possíveis tentativas de suicídio, falta um...uma coisa mais objetiva [R1, GF5].

Os pesquisadores, entretanto, não compreendem que um protocolo, ainda que pertinente em diversos contextos da prática médica, tenha a tamanha importância como alguns participantes sugeriram. A objetividade pretendida provavelmente não seria capaz de suprir as diversas lacunas formativas em seus contextos, como já argumentado e exemplificado ao longo dessa dissertação. Ainda que se aceite a legitimidade da sugestão, a pesquisa sinalizou que a ampliação da temática do comportamento suicida, atingindo os tabus da morte e do suicídio assim como as peculiaridades da assistência pediátrica, é essencial na tentativa de aprimorar e qualificar essa formação.

Essa seção, desse modo, objetiva indicar a pertinência de um novo projeto curricular de uma disciplina ou curso, replicável nos canais teóricos dos PRM, sobre comportamento suicida na infância e na adolescência. Propõe-se um programa sintético, acompanhado de referências bibliográficas acessíveis, que em cerca de quatro encontros discuta alguns pontos importantes sobre o tema, os conceitos essenciais que o conformam e os mecanismos principais de identificação e manejo. A diferença de um protocolo, seria a sua vinculação predominantemente a um contexto reflexivo e de sensibilização, recorrendo a um caso clínico (o exibido na atividade acadêmica após os GF), a novas linguagens e formatos da mídia e a contos literários ⁵². Indica-se uma metodologia que privilegie discussões participativas de todos os MR e valorize valorizando a reflexão pessoal e a profissional. Os encontros terão como pontos de partida diferentes elementos da cultura em articulação com questões sociais

e de direitos humanos, facilitando e qualificando a aproximação com temas difíceis, como violência, sofrimento psíquico e morbimortalidade autoprovocada.

Embora a proposição de uma disciplina insinue a presença de um especialista, pretende-se que possa ser conduzido por profissionais experientes na prática pediátrica, mesmo os que não tenham *expertise* com temas da saúde mental. Entende-se que um supervisor pode se constituir num mediador sobre essa temática se aberto à co-construção do conhecimento sobre o tema e ao processo interativo como caminho pedagógico ⁸².

Sugere-se aqui que a relação supervisor-residentes espelha o processo de desenvolvimento de aprendizagem experimentado por crianças e adolescentes, articulando pediatras e pediatras em formação em convivência no processo de produção de conhecimento. Produção essa capaz não apenas de aprofundar um saber técnico sobre comportamento suicida, mas também de ampliar as concepções de desenvolvimento e de ensino-aprendizagem.

Apesar da grande relevância e expectativa, esse produto não pôde ser formulado em tempo hábil para que se compusesse como parte desta dissertação, estando ainda em construção. Há um comprometimento, contudo, de que seja finalizado e divulgado entre os coordenadores dos PRM e das Sociedades de Pediatria, o mais pronto possível. Seu amadurecimento, sua publicação em periódicos, assim como sua apresentação em eventos científicos seguem como proposta dos pesquisadores.

Na finalização de um dos encontros, os residentes em diálogo chegaram à conclusão de que para melhorar a formação pediátrica seria preciso: *conhecimento, recurso, interesse e diálogo* [GF1]. De alguma forma, as reflexões, as considerações, as orientações e as sugestões apontadas neste

capítulo contemplam os elementos indicados por esses médicos. Espera-se que a melhor organização das ideias e recomendações, de forma a compor uma ementa plausível, proporcione uma experiência exitosa para os PRM na reflexão sobre o tema comportamento suicida em na infância e na adolescência.

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação estudou-se a relação dos médicos residentes de pediatria com o comportamento suicida na infância e na adolescência. O objetivo foi compreender a percepção e o conhecimento que eles têm sobre o tema. Partiu-se da hipótese de que haveria nesse grupo uma desconsideração ou uma inabilidade teórica e clínica para lidar com o comportamento suicida e o sofrimento psíquico infantojuvenis. A pesquisa mostrou as lacunas formativas dos Programas de Residência Médica (PRM) sobre o assunto, mesmo frente à importância a ele conferida pelos dados clínicos, epidemiológicos e até pela mídia, em seus diferentes formatos.

O foco do estudo foi a compreensão de como os médicos residentes (MR) explicitam suas experiências e vivências sobre a morte e o comportamento suicida junto aos PRM. Buscou-se também proporcionar discussões acerca das respostas desses PRM às novas demandas da especialidade, fortemente associadas às condições crônicas e complexas de saúde, à morbimortalidade por causas violentas e a questões associadas à saúde mental pediátrica. Chegou-se à conclusão que na maioria prevalece o senso comum, os tabus, os medos do fenômeno, os silêncios e a voz das experiências pessoais.

Metodologicamente, trabalhou-se com o método qualitativo, utilizando-se a técnica de Grupos Focais (GF). Participaram 44 residentes, de cinco PRM no Rio de Janeiro, em cinco encontros: um GF por PRM. O pressuposto da técnica de GF é que a interação entre participantes é válida e valiosa para a compreensão de fatos e relações humanas ¹²⁷ e oferece um resultado compartilhado e diverso, quando comparado a uma entrevista individual ¹²⁹. Tal escolha permitiu o cumprimento dos objetivos de forma satisfatória,

proporcionando uma análise dentro da expectativa dos pesquisadores. Nesta seção final do trabalho, alguns dos resultados e discussões produzidos e já apresentados são retomados como sínteses.

A partir das referências e argumentos expostos ao longo de todo esse texto, não é difícil reconhecer a magnitude da violência e dos transtornos mentais, assim como da associação estabelecida entre eles, quando se considera a saúde de crianças e adolescentes. Como discutido, o comportamento suicida pode representar essa combinação, que é fortemente demarcada por alguns tabus que persistem na sociedade. Amparados pela ideia de que o suicídio congrega um duplo tabu (o tabu da morte e o tabu do silêncio sobre essa morte específica) ¹⁵, os pesquisadores propuseram o conceito de um triplo tabu: o silêncio assumido sobre a morte autoprovocada dada a incomensurabilidade quando o seu protagonista é uma criança ou um adolescente. Esse conceito facilitou a compreensão das ações e práticas dos médicos residentes, justificando a necessidade de que seja debatido e enfrentado o tabu da morte pediátrica (capítulo 7.1).

Uma outra consideração que emergiu e que se mostrou relevante como unidade de sentido para o entendimento do objeto refere-se às peculiaridades da assistência pediátrica (capítulo 7.2). Ficou evidente que as reflexões sobre o comportamento suicida infantojuvenil precisam ser ponderadas a partir das especificidades que esse grupo etário demanda e que, por isso, a prática da pediatria deve ser capaz de demonstrar. Uma breve análise da construção social da infância e da Pediatria ^{24,108} sinalizou como a idealização acerca dos infantes dificulta o olhar sobre seu sofrimento psíquico.

As dificuldades de compreensão propiciam conflitos geracionais que os

residentes tendem a desqualificar as novas linguagens sociais, tecnológicas e culturais, o que é agravado pela adesão dos jovens às constantes inovações e estímulos proporcionados pela internet e pelo mundo virtual⁸. Nesse horizonte, a adolescência em sua hibridez e busca por pertencimento pode ser considerada como um desafio adicional para os pediatras, particularmente porque os adolescentes ainda não conseguem se estabelecer claramente no cenário da assistência e do ensino da Pediatria¹⁴¹. Mesmo não sendo crianças, dependem dos pais e dos profissionais de saúde.

As duas categorias acima receberam destaque por se apresentarem como condições antecedentes e sinérgicas para a constituição das lacunas formativas dos PRM em pediatria, a terceira categoria de análise (capítulo 7.3). Os silêncios curriculares precocemente identificados foram explicitados, discutidos e reconhecida a omissão ou a superficialidade com que têm sido tratados, considerando o contexto e a origem histórica dos PRM. Cinco pontos foram compreendidos como relevantes nessa explicação pelos pesquisadores: (1) a baixa exposição sobre o tema; (2) o desinteresse discente no tema; (3) o desconforto provocado pelo tema; (4) a organização dos PRM; (5) o ímpeto anatomopatológico.

O conhecimento dos médicos residentes em pediatria foi semelhante à percepção que referiram revelando que o rol de intervenções realizadas pelos PRM tem sido pequeno, ainda menor do que o das graduações, quando se privilegia uma formação centrada no adulto. O discurso dos participantes apontou claramente uma tendência de reprodução das práticas e dos saberes dos seus supervisores. Tal apontamento levou à ampliação da hipótese da pesquisa: os supervisores e os coordenadores dos PRM em pediatria também

demonstram inabilidade ou desconsideração para cuidar do sofrimento psíquico e do comportamento suicida na infância e na adolescência.

Duas outras hipóteses prévias ao trabalho de campo não se confirmaram. A existência de um serviço de emergência pediátrica na unidade hospitalar do PRM não permitiu maior conhecimento ou reflexões sobre a suicidalidade, seja por uma supervisão inadequada dos casos existentes ou pela pequena exposição a eles. A hipótese de que os residentes do segundo ano apresentariam um maior conhecimento ou habilidades sobre comportamento suicida do que os do primeiro ano também não pôde ser comprovada, reforçando a assertiva das lacunas formativas dos programas. Ou seja, o currículo proporcionado na RM não tem sido capaz de suprir as experiências e as vivências pessoais desses jovens médicos em relação ao comportamento suicida e a vários outros temas contemporâneos que dizem respeito à saúde das crianças e adolescentes.

Em consequência, este trabalho torna-se um insumo reflexivo e crítico para a educação e formação durante a RM em pediatria. *“Faltam pessoas capazes de ensinar e pessoas interessadas em aprender”* [R2, GF4]. Essa fala, na finalização de um dos encontros, exemplifica a crítica aqui colocada. Mais do que apontar erros ou acertos nos espaços de “ensino e serviço”¹¹⁰, o propósito é valorizar o protagonismo que poderia e deveria ser assumido pelos PRM na medida em que houvesse uma ampliação do conteúdo para atender ao escopo que todos têm. Capacidade e interesse, assim, renovam-se e podem ser aplicados tanto para médicos residentes como para seus supervisores.

Encerrada esta etapa, espera-se que esta dissertação possa contribuir para o complexo processo de formação em pediatria, em que continuamente

novas demandas e contextos são apresentados. De forma que linguagens, técnicas, ferramentas e parcerias entre setores e profissionais precisam ser repensadas e renovadas ⁸.

De minha parte, houve um grande esforço para se tentar dar vida a uma temática tão incômoda como a da morte, conforme o convite de Elias ¹⁸ apresentado na abertura da dissertação. Ainda mais a morte autoinfligida, mostrando-a como real, presente e explícita ou implicitamente trazida por crianças e adolescentes para os consultórios, ambulatórios e serviços de emergência. Não é desconhecendo o fenômeno que os pediatras poderão ajudar os meninos e as meninas que os procuram. Pelo contrário, é por meio da aproximação e do conhecimento científico sobre o assunto, que os PRM conseguirão preparar adequadamente os profissionais para esse lidar.

10 - REFERÊNCIAS *

1. WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014. [cited 2018 Sep 16]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros [Internet]. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [cited 2018 Sep 16]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000200030&script=sci_arttext
3. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. D'Oliveira CF, Botega NJ, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [cited 2018 Sep 16]. Available from: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência: Os Jovens do Brasil. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional da Juventude e Secretaria de Políticas da Promoção da Igualdade Racial; 2014.
5. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373–2382.
6. Sousa DF de, Filho J de DQ, Cavalcanti R de CPB, Santos AB dos, Neto MLR. The impact of the 'Blue Whale' game in the rates of suicide: Short psychological analysis of the phenomenon. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(8):796–797. PMID: 28936914
7. Zimerman A, Caye A, Zimerman A, Salum GA, Passos IC, Kieling C. Revisiting the Werther Effect in the 21st Century: Bullying and Suicidality Among Adolescents Who Watched 13 Reasons Why. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(8):610–613.e2.
8. Silva Filho OC da, Minayo MC de S. Comportamento suicida em adolescentes : desafios e reflexões para os pediatras brasileiros. *Adolescência e Saúde*. 2018;v.15, supl:68–72.
9. Almeida RS, Silva Filho OC da. Tentativas de suicídio de crianças e adolescentes: abordagem do pediatra. *Rev Ped SOPERJ*. 2017;17(1):4–11.
10. Safernet [Internet]. “Jogo” do suicídio: nossa recomendação para a

- imprensa e alerta aos pais [Internet]. Safernet Facebook. 2017 [cited 2017 Mar 5]. Available from:
<https://www.facebook.com/SafernetBR/posts/1317178101663414>
11. Kieling C, Pimentel F. De quantas razões precisamos para falar [Internet]. Estadão. 2017 [cited 2017 Mar 5]. Available from:
<http://cultura.estadao.com.br/blogs/estado-da-arte/de-quantas-razoes-precisamos-para-falar-2/>
 12. Marini A. Uma tentativa de censura velada. [Internet]. Observatório da imprensa. 2017 [cited 2017 Mar 5]. Available from:
<http://observatoriodaimprensa.com.br/jornal-de-debates/uma-tentativa-de-censura-velada/>
 13. Agencia nova s/b. Suicídio: precisamos falar sobre [Internet]. Comunica que muda. 2017 [cited 2018 Sep 16]. Available from:
<https://www.comunicaquemuda.com.br>
 14. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
 15. Dias ML. Suicídio: Testemunhos de Adeus. São Paulo: Editora Brasiliense; 1991.
 16. Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatr Clínica*. 2010;31(3):185–205.
 17. Lopes FH. Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX. Rio de Janeiro: Apicuri; 2008.
 18. Elias N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
 19. Thapar A, Pine DS, Leckamn JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. *Rutter's child and adolescence psychiatry*. 6th ed. Chichester: Wiley; 2015.
 20. Jans T, Timo D Vloet, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: JM Rey, editor. *IACAPAP E-textb Child Adolesc Ment Heal*. Geneva: IACAPAP; 2018. p. 1–41.
 21. AACAP. American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2001;40(7 Supplement):24S–51S.
 22. King RA, Apter A (org). *Suicide in children and adolescents*. Cambridge:

- Cambridge University Press; 2003.
23. Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência. Assumpção Jr FB, Kuczynski E, editors. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
 24. Castellanos MEP. A pediatria e a construção social da infância: Uma análise do discurso médico-pediátrico [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
 25. Okido ACC, Cunha ST da, Neves ET, Dupas G, Lima RAG de. Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(4):718–724.
 26. Michel JLM, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira, Nunes M do PT. Residência Médica no Brasil. *Cad da ABEM.* 2011;7:7–12.
 27. Werner Jr J. A formação do pediatra como mediador nos casos de crianças e adolescentes com distúrbios de desenvolvimento e transtornos mentais. *Rev Ped SOPERJ.* 2018;18(2):1–2.
 28. Vasconcelos MM de A, Vargas LNC e C, Santos AF dos, Fabiana Maria Kakehasi. Habilidades dos residentes de pediatria na abordagem dos transtornos mentais na infância. *Rev Ped SOPERJ.* 2018;18(2):18–23.
 29. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Residência Médica de Pediatria com duração de três anos: Proposta SBP [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 15]. Available from: portal.mec.gov.br/docman/agosto-2010-pdf/6532-pediatria-sesu-rm
 30. Guillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria : uma análise [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2000.
 31. Victora CG, Aquino EM, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *Lancet.* 2011;377(9780):1868–1876.
 32. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2012;21(4):539–548.
 33. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem : novos desafios para a área de saúde da criança. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):321–327.
 34. Nunes MCM, Albernaz LV, Sá MRC de, Correia RF, Falcão RT. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e

- adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cad Saude Publica*. 2017;33(11).
35. Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Addressing the Millennial Morbidity: The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics* 2005;115(4):1121–1123.
 36. Assis SG de, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e violência. *Cien Saude Colet*. 2009;14(2):349–361.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília; 2017.
 38. Ortiz P, Khin EK. Traditional and new media's influence on suicidal behavior and contagion. *Behav Sci Law*. 2018;36(2):245–256. PMID: 29659071
 39. Cassorla RMS. *Jovens que tentam suicídio [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1981.
 40. Minayo MC de S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect*. 2010;6(3):251–261.
 41. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet*. 2012;17(3):621–626.
 42. Madeira IR. Novos tempos e novos ventos para a residência em pediatria. *Residência Pediátrica*. 2013;3(2):31.
 43. Minayo MC de S, Figueiredo AEB, Mangas RM do N. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(4):981–1002.
 44. Gavazza CZ, Fonseca VM, Silva KS Da, Cunha SR. Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(5):1103–1111.
 45. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10 - Décima Revisão*. Trad do Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. 3.ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
 46. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*.

- 2.ed. Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editors. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2018.
47. Sena-ferreira N, Boechat-barros R, Figueiredo AEB, Minayo MC de S. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil , 2006-2009 , investigados por meio de autópsia psicossocial. Cien Saude Colet. 2009;19(1):115–126.
 48. Estellita-Lins C (org). Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad X : FAPERJ; 2012.
 49. Sousa GS de, Santos MSP dos, Silva ATP da, Perrelli JGA, Sougey EB. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. Cien Saude Colet. 2017;22(9):3099–3110.
 50. Sampaio D. Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio. 5.ed. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.
 51. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World psychiatry. 2002;1(3):181–185.
 52. Scavacini K (org). Histórias de sobreviventes de suicídio. São Paulo: Instituto Vita Alere, Benjamin Editorial; 2018.
 53. Solomon A. Um crime da solidão: Reflexões sobre o suicídio. 1a. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
 54. Quevedo J, Schmitt R, Kapcinski F. Emergências psiquiátricas. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 55. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica. São Paulo: Annablume; 2005.
 56. Jones JD, Boyd RC, Calkins ME. Parent-Adolescent Agreement About Adolescents ' Suicidal Thoughts. Pediatrics. 2019;143(2).
 57. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Requisitos mínimos para o Programa de Residência em Pediatria [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 1]. p. 8. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf
 58. Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em Saúde: O que há nas produções de teses e dissertações? Interface Commun Heal Educ. 2013;17(47):759–776.

59. Picarelli CC. Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de estudantes de medicina [dissertação]. Universidade Católica de São Paulo; 2017.
60. Ramos INB, Falcão EBM. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(4):507–516.
61. Estellita-Lins CE, Rocha HA, Iancarelli P, Neto HR, Bteshe M, Miranda V, Aguiar A. Risco de suicídio, emergência e formação do residente. *Debates- Psiquiatr hoje.* 2009;5:41–43.
62. Winnicott DW. *Natureza Humana.* Rio de Janeiro: Imago; 1990.
63. Alves R. *A festa de Maria.* Campinas: Papirus; 1996.
64. Cassorla RMS. *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução.* São Paulo: Blucher; 2017.
65. Estellita-Lins CE. *A reivenção da vida. Elena- o livro do Film Petra Costa.* Porto Alegre: Arquipélado Editorial; 2014. p. 74–83.
66. Camus A. *O Mito de Sísifo.* Rio de Janeiro: Record; 2004.
67. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Suicídio: informando para prevenir.* Brasília: CFM/ABP; 2014.
68. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde.* Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg JAM, Lozano ABZ e R, editors. Genebra: WHO; 2002.
69. O'Neill S, Ennis E, Corry C, Bunting B. Factors Associated with Suicide in Four Age Groups: A Population Based Study. *Arch Suicide Res.* Taylor & Francis; 2018;22(1):128–138.
70. SMS RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção.* Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do RJ; 2016.
71. APA. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
72. Durkheim É. *O suicídio: estudo de sociologia.* São Paulo: Nacional; 1966.
73. Minayo MC de S. *Violência e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
74. Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e*

- Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília. Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília; 2018.
75. Silva VF da, Oliveira HB de, Botega NJ, Marín-León L, Barros MB de A, Dalgalarondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade : um estudo de caso-controle. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1835–1843.
 76. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl.I):518–25.
 77. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007;1584.
 78. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. *Tratado de psiquiatria clínica*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
 79. Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry*. 1993;163:293–8.
 80. Marquetti FC. *O Suicídio como Espetáculo na Metrópole: Cenas, Cenários e Espectadores*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp; 2011.
 81. Dervic K, Oquendo MA. Suicidal and Self-Harming Preschoolers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2019;58(1):22–24.
 82. Jairo Werner Jr. *Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Rio de Janeiro: Gryphus; 2000.
 83. Mishara BL. Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29(2):105–118.
 84. Coates V, Beznos GW, Françoso LA (coord). *Medicina do adolescente*. 2.ed.rev. São Paulo: Sarvier; 2003.
 85. Nogueira K (coord). *Adolescência*. Liberal EF, Vasconcelos MM, editors. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
 86. Ariès P. *História social da criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.

87. Eisenstein E. Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*. 2005;2(2):1–2.
88. Grossman E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolescência e Saúde*. 2010;7(3):47–51.
89. Lazzarini TA, Gonçalves CCM, Walter Martins Benites, Silva LF da, Tsuha DH, Ko AI, Rohrbaugh R, Andrews JR, Croda J. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Rev Saude Publica* 2018;52:56.
90. Orri M, Galera C, Turecki G, Boivin M, Tremblay RE, Geoffroy M. Pathways of Association Between Childhood Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(1).
91. Fu-I L, Boarati MA, Maia APF. Transtornos afetivos na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2012.
92. Conrad P. The medicalization of society : on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
93. Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University; 1992.
94. Assis SG de, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
95. Raifman J, Moscoe E, Austin SB, McConnell M. Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA Pediatr*. 2017;171(4):350–356.
96. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil. *Br Med J*. 2001;323:599–600.
97. Campo J V, Bridge JA. Exploring the Impact of 13 Reasons Why: Looking for Light Amidst the Heat.... *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(8):547–549.
98. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. 13 razões: Guia de Discussão [Internet]. Sobre a série. 2018 [cited 2010 Aug 20]. p. 9. Available from: <https://www.13reasonswhy.com.br/2018/05/discussao-segunda-temporada-de-13-reasons-why.html>
99. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comportamento Suicida : Conhecer para prevenir (para profissionais de imprensa) [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 20]. Available from:

<http://www.abp.org.br/portal/imprensa/manual-de-imprensa/>

100. OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio : um manual para profissionais da mídia. Genebra: OMS; 2000.
101. Cassorla RMS. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Cad Saude Publica*. 1998;14(1):28–30.
102. Geertz C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa das culturas. *A Interpret das Cult*. Rio de Janeiro: LCT; 1989.
103. Menezes RA. A solidão dos moribundos: falando abertamente sobre a morte. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):147–152.
104. Foucault M. O nascimento da medicina social. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Edições Graal; 2010.
105. Georges Canguilhem. O normal e o patológico. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
106. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev*. 1972;4:487–504.
107. Menezes RA, Barbosa P de C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Cien Saude Colet*. 2013;18(9):2653–2662.
108. Pereira JS. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
109. Minayo MC de S. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Cad Saude Publica*. 1998;14(1):26–27.
110. Lima JC de S. A Residência Médica: articulações entre a prática e o ensino [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
111. Michel JLM, Junior AL, Santos RA dos, Oliveira RAB de, Rebelatto JR, Nunes M do PT. Residência Médica no Brasil: Panorama Geral das Especialidades e Áreas de Atuação Reconhecidas, Situação de Financiamento Público e de Vagas Oferecidas. *Cad da ABEM*. 2011;7:13–27.
112. Aguiar AC de. Preceptoría em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão. Aguiar AC, editor. Rio de Janeiro:

CEPESC/IMS/UERJ; 2017.

113. Nunes M do PT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Ricardo Alexandre Batista de, Oliveira. A Residência Médica, a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação. Cad da ABEM. 2011;7:35–40.
114. Nunes M do PT, Michel JLM, Brenelli SL, Haddad AE, Mafra D, Ribeiro ECO, Petta HL. Distribuição de Vagas de Residência Médica e de Médicos nas Regiões do País. Cad ABEM. 2011;7:28–34.
115. MEC. Comissão Nacional de Residência Médica [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 20]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>
116. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Formação e áreas de atuação da pediatria [Internet]. 2011 [cited 2018 Sep 16]. Available from: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/formacao-e-areas-de-atuacao-da-pediatria/>
117. Assumpção Jr FB, Kuczynski E (org). Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2010.
118. AACAP. American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. Practice Parameter for the Psychiatric Assessment and Management of Physically Ill Children and Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(2):213–233.
119. Hall DE. The care of children with medically complex chronic disease. J Pediatr. Mosby, Inc.; 2011;159(2):178–180.
120. AAP. American Academy of Pediatrics. Comittee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. Pediatrics. 2000;106(2):351–7.
121. Oliveira RA (org. . Cuidado Paliativo [Internet]. [São Paulo]: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. Available from: www.bioetica.org.br
122. Okido ACC, Hayashido M, Lima RAG de. Perfil De Crianças Dependentes De Tecnologia No Municipio De Ribeirão Preto-Sp. J Hum Growth Dev. 2012;22(3):291–296.
123. Fleitlich-Bilky B, Andrade ER de, Scivoletto S, Pinzon VD. A Saúde mental do jovem brasileiro. São Paulo: EI Edições Inteligentes; 2004.
124. Sifuentes TR, Dessen MA, Oliveira MCSL de. Desenvolvimento Humano :

- Desafios para a Compreensão das Trajetórias Probabilísticas. *Psicol Teor e Pesqui.* 2007;23(4):379–386.
125. Deslandes SF, Gomes R, Minayo MC de S (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 32ed ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
 126. Cardoso RCL. *Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. A aventura antropológica, Teoria e Pesqui.* Rio de Janeiro: Paz e Terra Antropologia; 1977. p. 95–106.
 127. Minayo MC de S, Costa AP. *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação.* Aveiro: Ludomedia; 2019.
 128. Bourdieu P, Chamboredon J-C, Passeron J-C. *A construção do objeto – O fato é construído: as formas da demissão empirista.* Ofício de Sociólogo. Petrópolis: Vozes; 2005.
 129. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 130. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. *Grupos Focais e Pesquisa Social: o debate orientado como técnica de investigação.* XIII Encontro da Assoc Bras Estud Popul. Ouro Preto; 2002. p. 1–25.
 131. Gaskell G. *Entrevistas individuais e grupais. Pesqui Qual com texto, imagem e som um Man prático.* Petrópolis: Vozes; 2002.
 132. Kauffman JC. *Começar o trabalho: rapidez, flexibilidade e empatia. A entrevista compreensiva - um guia para a Pesqui campo.* Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
 133. Barbour R. *Grupos Focais.* Figueiredo(trad.) M, editor. Porto Alegre: Artmed; 2009.
 134. Minayo MC de S. *Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias.* *Rev Pesqui Qual.* 2017;5(7):1–12.
 135. Becker HS. *Truques da escrita.* Rio de Janeiro: Zahar; 2015.
 136. Malinowski B. *Objeto, método e alcance desta pesquisa.* In: Zaluar A, editor. *Desvendando máscaras sociais.* 3ed ed. Francisco Alves Editora; 1990. p. 40–76.
 137. Da Matta R. *O ofício do etnólogo ou como ter “Antropological Blues.”* In: Nunes E (org), editor. *A aventura sociológica.* Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

138. Velho G. Observando o familiar. In: Nunes(org.) E, editor. A aventura sociológica. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
139. Tornquist CS. Vicissitudes da subjetividade: auto-controle, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: Bonetti A, Fleisnher S, editors. Entre saias justas e jogos cintura. Florianópolis / Santa Cruz do Sul: Ed Mulheres / Edunisc; 2007.
140. Scheffer M (coord). Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018.
141. Marcelli D, Braconnier A. Adolescência e psicopatologia. 6ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
142. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001.
143. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Meirelles C de AB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cien Saude Colet. 2008;13(2):2133–2144.
144. Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1978.
145. Abreu C de. As primaveras. São Paulo: Livraria Editora Martins S/A; 1972.
146. Menna LRMC. Diferentes concepções de infância na literatura. Rev Crioula. 2010;8(nov).
147. BRASIL. Leis, Decretos, etc. Lei nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Distrito Federal, 13 de julho de 1990; 1990.
148. Brum E. Há um centro de valorização da morte na internet [Internet]. Época. 2008 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG81582-9556,00-HA+UM+CENTRO+DE+VALORIZACAO+DA+MORTE+NA+INTERNET.html>
149. Barr MA (org). Cuidadores da Primeira Infância : por uma formação de qualidade. Brasília: Senado Federal, Comissão de Valorização da Primeira Infância; 2017.

150. Robinson J, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, Pirkis J, Condrón P, Hetrick S. What Works in Youth Suicide Prevention ? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*. 2018;4–5:52–91.
151. Cerrón IT, Machado IR, Yagarí LMT. Suicídio adolescente em povos indígenas: 3 estudos. São Paulo: Arte brasil editora; 2014.
152. Silva Filho OC da. A interconsulta psiquiátrica na pediatria (Exposição Oral: Mesa Redonda 38). XXXV Congr Bras Psiquiatr. São Paulo: ABP; 2017.
153. Botega NJ (org). Prática psiquiátrica no hospital geral. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
154. Estanislau GM, Bressan RA (org). Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed; 2014.

11 - APÊNDICES

Apêndice I: Ficha de dados sociodemográficos

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

“Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência”

IFF/FIOCRUZ Pesquisador: Orli Carvalho da Silva Filho

Os dados abaixo não serão utilizados para sua identificação pessoal, podendo apenas ser compilados para uma análise coletiva.

Dados Pessoais

GF Unidade: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Estado civil: solteiro/a () casado/a () divorciado/a ()

Reside com: pais/família () sozinho/a () cônjuge ou namorado/a ()
república/alojamento ()

Algum trabalho (regular ou avulso) além da residência? Sim() Não()

Religião: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____ Praticante: Sim () Não ()

Sobre a graduação em Medicina e Residência:

Ano de Formatura: _____ Faculdade: Pública () Particular ()

Ano de ingresso na Residência: _____ Ano atual na residência: R1 () R2 ()

Cidade da Residência é a mesma onde nasceu? Sim() Não()

Cidade da Residência é a mesma onde se graduou em Medicina? Sim() Não ()

Fez outra residência antes: Sim () Não ()

Pretensão em alguma área de atuação em pediatria? Sim() Não() Não Sei()

Se sim, qual? _____

Em relação ao comportamento suicida ao longo da vida:

Já teve alguma aula ou disciplina sobre esse assunto na graduação? Sim() Não()

Fez alguma questão sobre comportamento suicida nas provas de seleção da Residência?
Sim() Não()

Já atendeu profissionalmente casos de **automutilação**? Sim() Não()

Já atendeu profissionalmente casos de **tentativa de suicídio**? Sim() Não()

Você conhece alguma pessoa que tenha tido ou que ainda apresente comportamento suicida? Sim() Não()

Caso deseje tecer comentários sobre esta informação: _____

Em relação ao comportamento suicida na infância e adolescência:

Já teve alguma aula ou discussão sobre esse assunto na Residência médica?

Sim() Não()

Já assistiu a alguma aula ou palestra sobre esse assunto em algum evento científico?

Sim() Não()

Fez alguma questão sobre comportamento suicida nas provas de seleção da Residência?
Sim() Não()

Já atendeu profissionalmente (como residente de pediatria, como médico ou como graduando) casos de **automutilação**? Sim() Não()

Se sim, este atendimento teve continuidade? Sim() Não()

Se sim, sabe o desfecho? Sim() Não()

Qual o desfecho? _____

Já atendeu profissionalmente (como residente de pediatria, como médico ou como graduando) casos de **tentativa de suicídio**? Sim() Não()

Se sim, este atendimento teve continuidade? Sim() Não()

Se sim, sabe o desfecho? Sim() Não() Qual o desfecho? _____

Você conhece alguma criança ou adolescente que tenha tido ou que ainda apresente comportamento suicida? Sim() Não()

Caso deseje tecer comentários sobre esta informação: _____

Apêndice II: Roteiro GF

Roteiro de Debates Grupos Focais (1/2)

“Percepção e Conhecimento de Médicos Residentes no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência”

Pesquisador: Orli Carvalho da Silva Filho - IFF/FIOCRUZ

- **Tema do Grupo Focal:** Comportamento Suicida na Infância e Adolescência. O objeto de pesquisa (a relação dialógica dos residentes com o tema) será compreendido pela realização do GF, com as perguntas chaves se concentrando no tema.

- **Duração:** 70-95min

- **Local:** sala / espaço oferecido pelo coordenador do PRM, já utilizado para o Canal Teórico.

* **Apresentação da pesquisa - 1min**

Pesquisadores / objetivos da pesquisa

* **Convite formal - 3 min**

Assinatura TCLE / Preenchimento da Ficha de Dados Sociodemográficos

* **Apresentação do grupo de participantes - 5min**

Nome, idade, R1 x R2

* **Orientações da Atividade - 2 min**

Detalhamento ético

* **Aquecimento - 5min**

Vídeo curto, didático, para introdução do tema

* **Grupo Focal - Questões Chaves - 60-70min**

Três questões a seguir

* **Finalizações dos Participantes - 8min**

Síntese individual e voluntária da experiência

* **Agradecimento dos Pesquisadores - 2min**

Combinações para o segundo encontro (aula)

* **Encerramento**

Roteiro de Debates Grupos Focais (2/2)

Roteiro de Debates Grupos Focais (2/2)

“Percepção e Conhecimento de Médicos Residentes no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência”

Q1 - O que é comportamento suicida?

15-20min (*conhecimento*)

- suicídio X comportamento suicida ()
- características gerais ()
- identificação de riscos e gravidade ()
- algum espaço formal de ensino sobre suicídio? ()
- alguma experiência profissional com o tema? ()

Q2 - O comportamento suicida pode afetar a vida em seu entorno? (Como?)

15-20min (*percepção*)

- proximidade X distanciamento de eventos ()
- experiências / vivências familiares e conhecidos ()
- impacto em sobreviventes ()
- quem pode vir a cometer suicídio? ()
- reflexões pessoais X silêncios e tabus ()

Q3 - Vocês se sentem preparados para uma abordagem pediátrica do comportamento suicida?

15-20min (*a relação dialógica / objeto da pesquisa*)

- abordagem do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes ()
- como se constrói um conhecimento sobre comportamento suicida ()
- espaço do sofrimento no PRM: pessoal X técnico profissional ()
- o que falta a esta a esta formação? ()
- propostas para PRM: exemplos ()

Apêndice III: Modelo TCLE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência

TCLE segundo às exigências descritas na Resolução CNS 466/12

Pesquisador Responsável: Orli Carvalho da Silva Filho (CPF 10014865793 / CRM 5282783-5 / SIAPE 1753928). Contato: (21)988726439 / orli.filho@iff.fiocruz.br

Instituição Responsável pela Pesquisa: IFF/FIOCRUZ - Instituto Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro/RJ. CEP 22250020 / Telefone: (021) 25541700

CEP IFF: 25541730

Participante da pesquisa e registro:

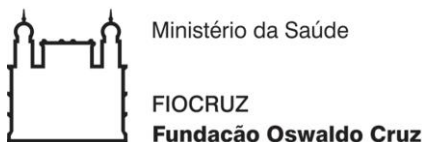
Você, como médico residente (MR) em pediatria, de um Programa de Residência Médica (PRM) devidamente reconhecido e credenciado, está sendo convidado a participar da pesquisa “**Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência**”. Foi feito contato prévio com o coordenador de seu PRM, que está ciente e autorizou a realização dessa pesquisa durante uma atividade curricular teórica. Ainda assim, você tem total liberdade para não participar dessa pesquisa, sem comprometimento junto ao seu PRM.

Essa pesquisa compreende o Projeto de Mestrado em Saúde Coletiva do pesquisador responsável, sendo desenvolvido no IFF/FIOCRUZ; tem como principal objetivo compreender as percepções e os conhecimentos que os MR em Pediatria têm acerca do comportamento suicida no público infantojuvenil, entendendo se e como os elementos desses mesmos PRM e da cultura têm influenciado isso. Assim, pretende-se reconhecer as características e contextos dos RM e dos PRM que facilitam ou dificultam a abordagem dessa temática, em âmbito clínico e teórico.

TCLE versão I

Rubrica participante

Rubrica pesquisador

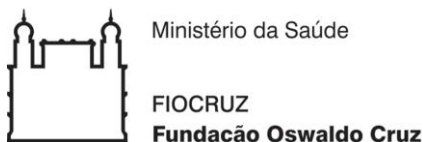


Dessa forma, acredita-se que essa pesquisa pode contribuir para a consolidação ética e de qualidade das Residências Médicas em Pediatria, assim como levar a reflexões sobre a abordagem do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. Outros PRM serão abordados, de forma que além do anonimato individual, será mantido o anonimato institucional.

Sua participação será em grupo, numa entrevista coletiva com o grupo de residentes de pediatria de seu PRM; tal entrevista será num único dia, numa atividade pontual, de cerca de 75min. Nenhuma exigência ou pré requisito são necessários, além de sua atividade regular como MR. Durante esse encontro, chamado de Grupo Focal (GF), um pesquisador conduzirá um diálogo entre os residentes e outro pesquisador fará registros escritos sobre essa entrevista; para facilitar essa análise, serão gravadas tais falas em áudio. Durante a transcrição, os residentes não terão seus nomes revelados, não sendo possível a identificação pessoal. O material gravado e transcrito não será publicado, ficando sob responsabilidade dos pesquisadores. Reforça-se que a pesquisa não pretende avaliar o PRM, evitando-se quaisquer constrangimentos e valorizando a liberdade dos MR nessa participação. Os coordenadores dos PRM não participarão dos GF.

Num segundo momento, em outro dia, havendo interesse dos MR e do PRM, os pesquisadores se comprometem a realizar uma exposição teórica sobre Comportamento Suicida na Infância e Adolescência, seguida de discussão. Os MR que não se sentirem confortáveis ou faltarem ao GF, poderão assistir à segunda atividade.

É possível, sendo da pertinência da pesquisa, que alguns MR sejam convidados, posteriormente, para uma entrevista individual. Isso ocorreria num terceiro momento. Sua participação no GF não vincula, de forma alguma, ao seu aceite para uma entrevista individual. Tal etapa seria feita por somente um pesquisador, com o registro dessa; novamente, os dados que permitam sua identificação serão suprimidos, mantendo o anonimato do MR, como já esclarecido.



De acordo com as vivências pessoais e experiências prévias, o assunto pode ser delicado e desconfortável ao MR, tendo, assim, liberdade para recusar a participação ou se ausentar em qualquer momento das atividades; os pesquisadores entendem ser esse o principal risco da pesquisa. Embora a participação de todos no GF seja desejável, nenhum MR será obrigado ou constrangido a se expressar verbalmente, muito menos fazer referências a seus conflitos pessoais. Ainda assim, caso desejem se aprofundar nessas questões devido a algum desconforto, será oferecido um espaço, em privado e individualmente, não associado à pesquisa, para uma orientação pontual e técnica, pelo pesquisador responsável. Se for clinicamente necessário, o coordenador do PRM pode ser acionado para dar seguimento na condução da ajuda especializada ao MR.

Você receberá uma via desse TCLE, assinada. Você não terá custos previstos para participação nessa atividade de pesquisa, mas, seguindo orientações dos comitês de ética e pesquisa (CEP), informa-se que é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Aprovação do participante de pesquisa:

Eu, _____,
documento de identificação _____, declaro que li e entendi todo o
conteúdo deste documento, tendo minhas dúvidas sido respondidas.

Assinatura: _____

Data: _____ Telefone: _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____

12 - ANEXOS

Anexo I: Parecer Consubstanciado CEP IFF

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência

Pesquisador: Orli Carvalho da Silva Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83311518.0.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.508.320

Apresentação do Projeto:

As transições epidemiológica e demográfica das últimas décadas no Brasil, assim como o impacto de morbimortalidade da violência, configuraram um cenário de adaptação ao cuidado de crianças e adolescentes. Essa "Nova Pediatria" tem sido confrontada com a relevância que a causalidade externa e saúde mental tem apresentado para esse público. Nesse contexto, o comportamento suicida tem se destacado pelo impacto clínico epidemiológico e pelo tabu que representa, sendo permeado por lacunas e silêncios, marcados na formação médica. Partindo da hipótese de que exista uma desconsideração e/ou inabilidade, teórica e clínica, dos médicos residentes (MR) em pediatria pelas crianças e adolescentes com comportamento suicida e seu sofrimento, pretende-se discutir como se dá essa relação dialógica e qual a participação dos Programas de Residência Médica (PRM) nisso. Tendo o Grupo Focal (GF) como unidade de análise, pretende-se compreender as experiências e vivências dos MR em seus PRM em pediatria, mapeando suas percepções e conhecimento acerca do tema. São propostos dois encontros com os residentes: a realização do GF e uma exposição teórica sobre a temática, como contrapartida aos PRM. O diálogo evocado no GF, gravado e transcrito, será analisado junto aos registros de sua realização, permitindo uma compreensão da relação dos MR em pediatria com o comportamento suicida de crianças e adolescentes, assim como das estratégias dos PRM para seu manejo. São propostos cinco PRM: dois hospitais com serviço de emergência e três hospitais universitários/instituição de pesquisa; os PRM são credenciados e demonstram interesse e disponibilidade na pesquisa. Dessa forma,

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.260-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2564-1730 Fax: (21)2562-8491 E-mail: cepf@ff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 2.508.320

pretende-se contribuir com os PRM junto à formação dos residentes, assim como na implantação e consolidação do novo currículo nacional da Pediatría. A divulgação da pesquisa pela dissertação de mestrado, publicação de dois artigos em periódicos indexados e participação em eventos científicos são os produtos esperados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender a percepção e o conhecimento de MR em Pediatría sobre o comportamento suicida na infância e adolescência.

Objetivos Específicos:

Compreender se e como as experiências e vivências nos e pelos PRM têm permitido reflexões sobre morte e comportamento suicida na infância e adolescência; inferir sobre que elementos da cultura, incluindo a mídia, influenciam essa percepção; discutir como os PRM em Pediatría respondem a essa atual demanda da saúde pública e da "nova pediatría".

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:


De acordo com as vivências pessoais e experiências prévias, o assunto pode ser delicado e desconfortável ao MR, tendo, assim, liberdade para recusar a participação ou se ausentar em qualquer momento das atividades; os pesquisadores entendem ser esse o principal risco da pesquisa. Embora a participação de todos no GF seja desejável, nenhum MR será obrigado ou constrangido a se expressar verbalmente, muito menos fazer referências a seus conflitos pessoais. Ainda assim, caso desejem se aprofundar nessas questões devido a algum desconforto, será oferecido um espaço, em privado e individualmente, não associado à pesquisa, para uma orientação pontual e técnica, pelo pesquisador responsável. Se for clinicamente necessário, o coordenador do PRM pode ser acionado para dar seguimento na condução da ajuda especializada ao MR.

Benefícios:

Individualmente, o MR terá a oportunidade, junto a uma equipe capacitada, a discutir e refletir sobre comportamento suicida na infância e adolescência, temática pertinente, mas negligenciada pela formação médica. Isso terá impacto positivo em sua formação como pediatra e ocorrerá dentro das atividades de seu PRM, não lhe rendendo despesas ou exigindo pré requisitos. Coletivamente, a pesquisa permitirá ao PRM uma atividade que supre uma demanda que tem sido reconhecida pela Comissões Estaduais e Nacional de Residência Médica. Com isso, o PRM tornase um beneficiado. Ainda coletivamente, mas de forma estrutural, a devolução aos órgãos

Endereço: RUI BARBOSA, 716 CEP: 22.290-020
Bairro: FLAMENGO
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2564-1730 Fax: (21)2562-8491 E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 2.506.320

reguladores da Residência Médica e à Sociedade Brasileira de Pediatria assumida pelos pesquisadores oferece um cenário de relevância para o Ensino Médico no Rio de Janeiro e no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o campo da Saúde Pública, com objetivos e desenho metodológico bem definidos. Atende à Resolução 510/16, cumprindo os preceitos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE encontram-se adequados. Entretanto, falta um documento referente à autorização do setor responsável pela residência médica do Hospital Federal de Bonsucesso, para a realização da pesquisa de campo.

Recomendações:

Anexar a carta do serviço de Bonsucesso autorizando a realização do projeto naquele campo.

(semelhante às cartas anexadas das outras unidades).

Caso o pesquisador não obtenha tal consentimento deverá aplicar uma emenda solicitando a retirada do referido hospital do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1067688.pdf	19/02/2018 12:51:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:50:26	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:47:30	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Roteiro_de_Debates_GF.pdf	19/02/2018 12:44:22	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ORLI_HGB_Solicitacao_Autorizacao_Pesquisa.pdf	10/02/2018 09:18:23	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de	ORLI_IFF_Aprovacao_Pesquisa_IFF.	10/02/2018	Orli Carvalho da	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-000
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cep@ff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 2.508.320

Instituição e Infraestrutura	docx	09:17:36	Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ORLI_COMPROVACAO_MESTRADOIFF.pdf	10/02/2018 09:16:45	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ORLI_UFF_ANUENCIA_Orientador_Minayo.doc	10/02/2018 09:15:44	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_UFF_ANUENCIA_Chefa_Ped_Antonio.pdf	10/02/2018 09:14:37	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ORLI_UFF_Carta_Autorizacao_RM_MarcioNehab.pdf	10/02/2018 09:13:35	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_UFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:12:51	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ORLI_HEAPN_anuencia.pdf	10/02/2018 09:11:17	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ORLI_HUPE_Autorizacao_Pedatria.pdf	10/02/2018 09:10:11	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HUPE_TCLE.docx	10/02/2018 09:09:55	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HGB_TCLE.docx	10/02/2018 09:08:33	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_UFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:07:40	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ORLI_UFF_Anuencia.pdf	10/02/2018 09:06:20	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Folha de Rosto	ORLI_FolhaRostoPlataformaBR.pdf	02/02/2018 13:08:01	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUI BARBOSA, 715
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-5491 E-mail: cepiff@fiofocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



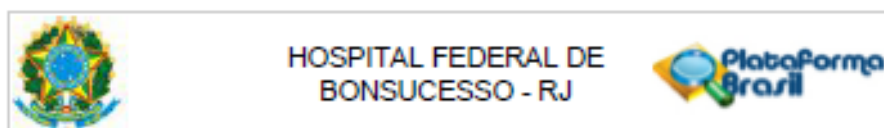
Continuação do Processo: 2.508.320

RIO DE JANEIRO, 22 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 2564-1730 Fax: (21) 2562-9491 E-mail: cepif@fiocruz.br

Anexo II: Parecer Consubstanciado CEP HFB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência

Pesquisador: Orii Carvalho da Silva Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83311518.0.3001.5253

Instituição Proponente: Hospital Federal de Bonsucesso - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.532.936

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa, com técnica de Grupos Focais (GF), sendo esses sua unidade de análise.

Serão realizados GF em cinco Programas de Residência Médica (PRM) em Pediatria. A seleção das unidades buscou diversificar a localização das unidades hospitalares na Região Metropolitana, assim como seus modelos de organização.

Assim, serão unidades de campo: dois hospitais universitários (um na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro e um em sua Região Metropolitana), um hospital vinculado à Instituição de pesquisa (na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro), um hospital estadual (Região Metropolitana) e um hospital federal (Zona Norte do município do Rio de Janeiro).

Com isso, espera-se ampliar as possibilidades interpretativas, cobrindo hospitais de ensino e pesquisa e hospitais de assistência.

Os participantes da pesquisa serão Residentes Médicos de Pediatria desses hospitais, do primeiro e segundo anos.

É reconhecida a dificuldade de participação de profissionais médicos nesse tipo de estudo, por dinâmicas de desejo e de logística, de forma que não são esperados que todos os residentes da cada Instituição participem - até porque tal universo se constituirá na representação social do residente e não de cada residente como sujeito individual.

Serão propostos dois encontros sequenciais, em intervalo de duas semanas; no primeiro encontro

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar
 Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3977-9833 E-mail: cephfb@igmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 2.532.806

será realizado um GF e no segundo, como contrapartida, a essa participação do GF, será oferecida atividade educacional (exposição teórica, discussão) sobre a temática do comportamento suicida na infância e adolescência, propiciando a divulgação do conhecimento e a formação em pediatria.

O suicídio na infância e adolescência poderia, assim, ser compreendido como um dos elementos que retratam uma sobreposição do impacto das "causas externas" na mortalidade nesse grupo etário com o aumento da prevalência e incidência de transtornos mentais nesse mesmo público. (FLEITLICH e GOODMAN, 2001; SAMPAIO, 1991)

Avaliar a percepção pediátrica acerca do suicídio é tentar inferências sobre como essa realidade tem se construído e se e como tem sido possível lidar com essa demanda. Diante desse cenário epidemiológico, pensar e falar sobre suicídio é uma urgência médica, que como tal, deve fazer parte da avaliação de todo sujeito que demonstra sofrimento psíquico. Porém sua abordagem é delicada, principalmente, por valores morais, éticos e culturais envolvidos e historicamente construídos (LOPES, 2008), gerando maior dificuldade em seu manejo. De forma geral, entende-se que o estigma e o tabu relacionados ao assunto são grandes entraves à detecção precoce e a prevenção do comportamento suicida (ESTELLITA-LINO, 2012; SARAIVA, 2010). A negligência e a dureza dessa temática tem levado à baixa produção acadêmica sobre o tema, com consequências no processo de formação e reflexão dos novos profissionais. Novos estudos que abordem violência e suicídio são necessários para que se compreendam a percepção dos profissionais e gerem estratégias para o enfrentamento desses agravos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a percepção e o conhecimento de Médico Residente em Pediatria, sobre o comportamento suicida na infância e adolescência.

Objetivos Secundários:

Compreender se e como as experiências e vivências nos e pelos Programas de Residência Médica têm permitido reflexões sobre morte e comportamento suicida na infância e adolescência;

Inferir sobre que elementos da cultura, incluindo a mídia, influenciam essa percepção;

Discutir como os Programas de Residência Médica em Pediatria respondem a essa atual demanda da saúde pública e da "nova pediatria".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com as vivências pessoais e experiências prévias, o assunto pode ser delicado e desconfortável ao Médico Residente. Este desconforto é atenuado pela liberdade para recusar a

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5ª andar
Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3277-9833 E-mail: cepfgrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 2.532.806

participação ou se ausentar em qualquer momento das atividades.

Benefícios: Melhor preparo do residente para lidar com estas questões, detectando precocemente a necessidade de uma abordagem diferenciada para estes pacientes, com o encaminhamento adequado para tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com uma temática atual, que poderá trazer resultados importantes para a Residência Médica em Pediatria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Sugerimos, ao término da pesquisa, que seja feita uma apresentação do trabalho para os CEPs das Instituições, diante da relevância do tema.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação, o CEP-HFB considerou o projeto aprovado, pois atende às normas da Resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos a necessidade de que sejam encaminhados a este CEP relatórios semestrais com os dados parciais da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, seja encaminhada a esta Comissão uma cópia do Relatório Final.

"Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final" (Item XI.2.d da Resolução 466/12)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Projeto_ORLI_Plataforma_Pesquisa_JFF.docx	28/02/2018 15:25:39	Marília Araújo Gonçalves	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1081632.pdf	28/02/2018 14:52:24		Aceito
Declaração de Instituição e	ORLI_HGB_Anuencia_Direcao.pdf	28/02/2018 14:51:12	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5ª andar
Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3977-9833 E-mail: cephbr@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 2.532.906

Infraestrutura	ORLI_HGB_Anuencia_Direcao.pdf	28/02/2018 14:51:12	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ORLI_HGB_Autorizacao_Pediatrica.pdf	28/02/2018 14:49:35	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HGB_TCLE_verseoii.pdf	28/02/2018 14:49:07	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:50:26	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:47:30	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Roteiro_de_Debates_GF.pdf	19/02/2018 12:44:22	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_UFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:12:51	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HUPE_TCLE.docx	10/02/2018 09:09:55	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HGB_TCLE.docx	10/02/2018 09:08:33	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_UFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:07:40	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar
Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3377-9833 E-mail: cepbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ



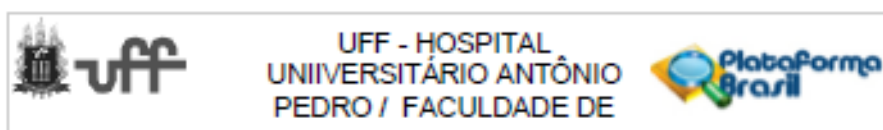
Continuação do Processo: 2.532.606

RIO DE JANEIRO, 08 de Março de 2018

Assinado por:
CRISTINA CARVALHO VIANA DE ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar
Bairro: Bonsucesso CEP: 21.041-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3377-9833 E-mail: oepgbr@gmail.com

Anexo III: Parecer Consubstanciado CEP UFF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência

Pesquisador: Orii Carvalho da Silva Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83311518.0.3004.5243

Instituição Proponente: Hospital Universitario Antonio Pedro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.593.841

Apresentação do Projeto:

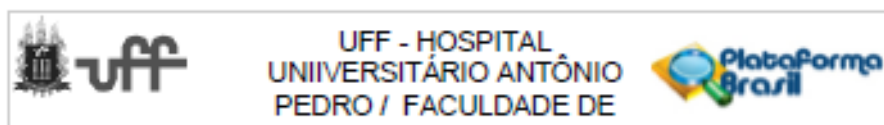
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de Grupos Focais (GF), sendo esses sua unidade de análise. Serão realizados GF em cinco programas de Residência Médica (PRM) em Pediatria. A seleção das unidades buscou diversificar a localização das unidades hospitalares na Região Metropolitana, assim como seus modelos de organização. Os cenários serão: dois hospitais universitários (um na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro e um em sua Região Metropolitana), um hospital vinculado à instituição de pesquisa (na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro), um hospital estadual (Região Metropolitana) e um hospital federal (Zona Norte do município do Rio de Janeiro). Com isso, espera-se ampliar as possibilidades interpretativas, cobrindo hospitais de ensino e pesquisa e hospitais de assistência.

Crterios de Inclusão: Médicos residentes (MR) de Pediatria do primeiro e segundo anos. O pesquisador cita que é reconhecida a dificuldade de participação de profissionais médicos nesse tipo de estudo, por dinâmicas de desejo e de logística, de forma que não são esperados que todos os residentes da cada instituição participem - até porque tal universo se constituirá na representação social do residente e não de cada residente de forma individual.

Coleta de dados: Serão propostos dois encontros sequenciais, em intervalo de duas semanas.

A fase inicial do GF costuma ser chamada de "aquecimento". Será solicitado aos participantes o preenchimento de um formulário sintético contendo seus dados sócio demográficos e a resposta a três perguntas fechadas sobre comportamento suicida e ensino (caso o residente já tenha tido

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4ª Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2529-9189 Fax: (21)2529-9189 E-mail: ebsca@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.580.841

alguma aula sobre o tema na graduação, residência médica ou em eventos científicos). Essas informações rápidas vem a complementar e contextualizar as futuras interpretações, podendo ou não fazer parte da análise da pesquisa. Em seguida, o grupo se apresenta e é proposta uma atividade de aproximação ao tema (um breve vídeo, uma vinheta clínica ou uma leitura de texto). No segundo momento, o grupo cumpre sua função reflexiva de forma aprofundada. Ele parte de um roteiro de debate, manejado por um moderador auxiliado por um relator. Como suposto pela metodologia qualitativa, a criatividade, a sensibilidade e a espontaneidade devem se apresentar em campo, não sendo assim, um roteiro a ser cumprido com rigor e sim uma lista de apoio para quem dirige o grupo. Sua formulação envolve a pontuação de tópicos a serem discutidos pelo grupo, através de duas a três perguntas-chaves e uma lista de subitens que devem ser abordados a partir de cada pergunta.

O GF será constituído pelos residentes que aceitarem e se demonstrarem disponíveis para participação na pesquisa. O grupo focal deverá ser composto de seis a 12 residentes, realizado em local tranquilo e confortável no próprio hospital, definido pelo coordenador do PRM, idealmente inserido dentro do canal teórico de cada programa, favorecendo a logística da pesquisa. Dois pesquisadores participarão: o primeiro atuando como mediador e o segundo como relator. O coordenador do PRM não participará dessa atividade. A discussão/reflexão será gravada e posteriormente transcrita para avaliação - para manter o anonimato, os MR serão identificados por pseudônimos; além de ajudar na gravação, o relator deverá estar atento a toda forma de comunicação não verbal que o encontro pode evocar, registrando-a, por escrito durante o GF. Respeitando a descrição da técnica e viabilizando a participação dos médicos, o GF deverá ter duração média de 75 min, tempo suficiente para que a fala em debate, por confrontações entre os participantes e o mediador, refine percepções e conhecimentos, através de dissensos ou consensos, onde a realidade social pode ser mapeada e compreendida.

No segundo encontro, entendendo que os participantes da pesquisa devem também ser beneficiados por essa, propõe-se, como contrapartida, uma atividade educacional sobre comportamento suicida na infância e adolescência, propiciando a divulgação do conhecimento e a formação em pediatria.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Compreender a percepção e o conhecimento de médicos residentes em Pediatria sobre o comportamento suicida na infância e adolescência.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Compreender se e como as experiências e vivências nos e pelos programas de Residência Médica

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4ª Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: wicoe@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.583.641

têm permitido reflexões sobre morte e comportamento suicida na infância e adolescência;

- Inferir sobre que elementos da cultura, incluindo a mídia, influenciam essa percepção;
- Discutir como os programas de Residência Médica em Pediatria respondem a essa atual demanda da saúde pública e da "nova pediatria".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: De acordo com as vivências pessoais e experiências prévias, o assunto pode ser delicado e desconfortável ao médico residente (MR), tendo, assim, liberdade para recusar a participação ou se ausentar em qualquer momento das atividades; os pesquisadores entendem ser esse o principal risco da pesquisa.

Embora a participação de todos no GF seja desejável, nenhum MR será obrigado ou constrangido a se expressar verbalmente, muito menos fazer referências a seus conflitos pessoais. Ainda assim, caso desejem se aprofundar nessas questões devido a algum desconforto, será oferecido um espaço, em privado e individualmente, não associado à pesquisa, para uma orientação pontual e técnica, pelo pesquisador responsável. Se for clinicamente necessário, o coordenador do PRM pode ser acionado para dar seguimento na condução da ajuda especializada ao MR.

BENEFÍCIOS: Individualmente, o MR terá a oportunidade, junto a uma equipe capacitada, a discutir e refletir sobre comportamento suicida na infância e adolescência, temática pertinente, mas negligenciada pela formação médica. Isso terá impacto positivo em sua formação como pediatra e ocorrerá dentro das atividades de seu PRM, não lhe rendendo despesas ou exigindo pré requisitos. Coletivamente, a pesquisa permitirá ao PRM uma

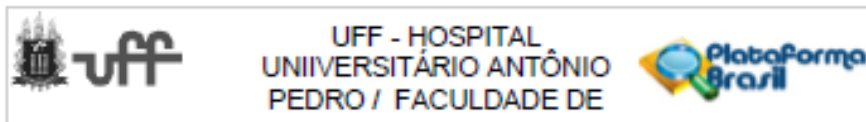
atividade que supre uma demanda que tem sido reconhecida pela Comissões Estaduais e Nacional de Residência Médica. Com isso, o PRM torna-se um beneficiado. Ainda coletivamente, mas de forma estrutural, a devolução aos órgãos reguladores da Residência Médica e à Sociedade Brasileira de Pediatria assumida pelos pesquisadores oferece um cenário de relevância para o Ensino Médico no Rio de Janeiro e no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado muito bem redigido, cuja metodologia está direcionada para atender aos objetivos propostos. O pesquisador responsável desenvolveu análise crítica dos riscos e benefícios, indicando as medidas de proteção aos participantes da pesquisa.

A proposta de pesquisa apresenta temática relevante e fundamental para a categoria profissional proposta e também para o cenário atual do país e do mundo, levando-se em conta o aumento no número de casos de suicídio na infância e adolescência. O médico pediatra é geralmente o

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2529-9189 Fax: (21)2529-9189 E-mail: e10a@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.590.541

primeiro médico a acolher a criança ou adolescente sob risco de suicídio, antes do encaminhamento para o profissional de saúde mental, portanto esta pesquisa certamente causará impacto positivo significativo na formação do pediatra geral durante a residência médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou a declaração de autorização para a pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro datada, assinada e carimbada pelo Prof. Rubens Antunes da Cruz Filho, seu Gerente de Ensino e Pesquisa.

O TCLE está muito bem redigido e cumpre a sua função.

O cronograma apresentado está adequado. Este projeto já está aprovado na Instituição proponente e o pesquisador responsável informa que os encontros com os residentes só ocorrerão após as devidas autorizações pelos CEPs de cada unidade.

Apresentou o roteiro de debates para os Grupos Focais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

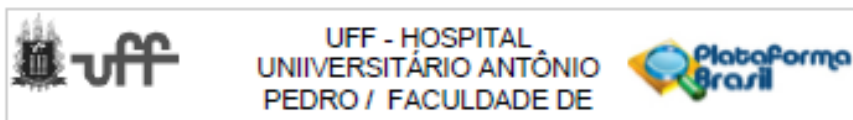
O colegiado deste CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:50:26	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:47:30	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Roteiro_de_Debates_GF.pdf	19/02/2018 12:44:22	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_JFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:12:51	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HUPE_TCLE.docx	10/02/2018 09:09:55	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: sbce@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.593.541

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HGB_TCLE.docx	10/02/2018 09:08:33	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_UFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:07:40	Orli Carvalho da Silva Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

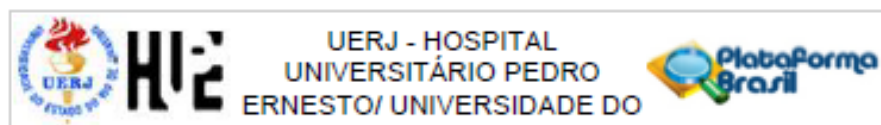
Não

NITEROI, 11 de Abril de 2018

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
 (Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2529-9189 Fax: (21)2529-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

Anexo IV: Parecer Consubstanciado CEP HUPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência

Pesquisador: Orli Carvalho da Silva Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83311518.0.3002.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.612.037

Apresentação do Projeto:

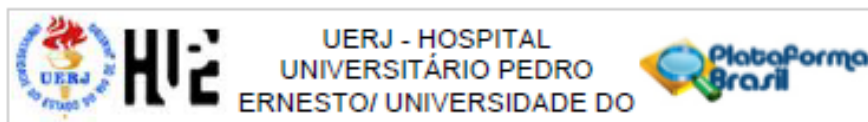
Os autores apontam que as transições epidemiológica e demográfica das últimas décadas no Brasil, assim como o impacto de morbimortalidade da violência, configuraram um cenário de adaptação ao cuidado de crianças e adolescentes. Escalarecem que a "Nova Pediatria" tem sido confrontada com a relevância que a causalidade externa e saúde mental tem apresentado para esse público.

Descrevem que os dados de incidência e prevalência do comportamento suicida corroboram a transição epidemiológica observada na sociedade brasileira, nas últimas décadas, onde se avalla um maior impacto da violência sobre a saúde do brasileiro.

Destacam que dados da Organização Mundial de Saúde revelam, desde o ano 2004, que na população de 15 a 35 anos, o suicídio figura-se entre as três principais causas de morte, de forma que já se estabeleceu uma migração percentual dos adolescentes e jovens como um grande grupo etário acometido.

Por outro lado apontam que a formação médica tem negligenciado essa temática e demanda da saúde pública, evitando problematizar e dar ferramentas aos futuros profissionais para lidar com

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-090
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.612.037

casos de suicídio ou comportamento suicida e que essas lacunas técnicas e acadêmicas no ensino médico propiciam que tabus sejam corroborados na abordagem do suicídio, fomentando preconceito e agravando a prática per se.

Nesse contexto os autores partem da hipótese de que exista uma desconsideração e/ou inabilidade, teórica e clínica, dos médicos residentes (MR) em pediatria pelas crianças e adolescentes com comportamento suicida e seu sofrimento, sendo pretensão dos autores discutir como se dá essa relação dialógica e qual a participação dos Programas de Residência Médica (PRM) em relação a essas questões.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMARIO

Compreender a percepção e o conhecimento de médicos residente em Pediatria sobre o comportamento suicida na infância e adolescência.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Compreender se e como as experiências e vivências nos e pelos Programas de Residência Médica têm permitido reflexões sobre morte e comportamento suicida na infância e adolescência;

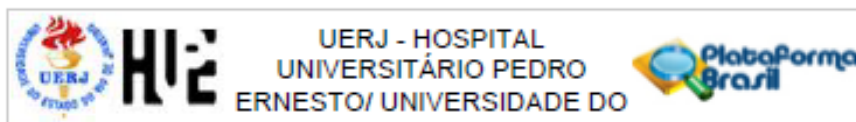
Inferir sobre que elementos da cultura, incluindo a mídia, influenciam essa percepção;

Discutir como os Programas de Residência Médica em Pediatria respondem a essa atual demanda da saúde pública e da "nova pediatria".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados ao fato de tratar-se de tema delicado, o que pode gerar desconforto ao participante de pesquisa, porém o Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2568-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.612.037

Esclarecido aponta a liberdade de recusar a participação ou se ausentar em qualquer momento das atividades. Para minimizar os riscos a equipe de pesquisa aponta que na ocorrência de algum desconforto será oferecido um espaço para que, de forma privada e individualizada, não associado à pesquisa, será disponibilizada para uma orientação pontual e técnica, pelo pesquisador responsável. Também fica claro que se houver necessidade o coordenador do Programa de Residência poderá ser acionado para dar seguimento na condução da ajuda especializada ao participante.

Quanto aos benefícios apontam que, individualmente, o participante terá a oportunidade, junto a uma equipe capacitada, de discutir e refletir sobre comportamento suicida na infância e adolescência, temática pertinente, mas negligenciada pela formação médica. Apontam ainda que poderá gerar impacto em sua formação como pediatra e ocorrerá dentro das atividades de seu Programa de Residência, não lhe rendendo despesas ou exigindo pré requisitos.

Também é apontado que coletivamente, a pesquisa permitirá ao Programa ter uma atividade que supre uma demanda que tem sido reconhecida pela Comissões Estaduais e Nacional de Residência Médica. Do mesmo modo, ainda coletivamente, a devolução aos órgãos reguladores da Residência Médica e à Sociedade Brasileira de Pediatra assumida pelos pesquisadores oferece um cenário de relevância para o Ensino Médico no Rio de Janeiro e no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

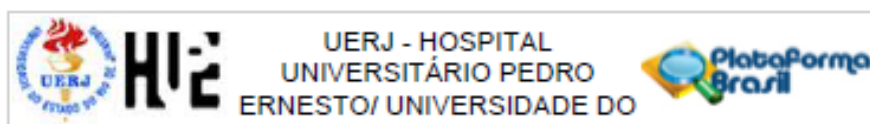
A pesquisa tem relevância clínica e científica para a Saúde Coletiva e apresenta-se adequada do ponto de vista metodológico, atendendo aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Complementares.

A metodologia proposta é qualitativa, com técnica de Grupos Focais sendo esses sua unidade de análise e a população estudada será composta por residentes de medicina da área de pediatria, tanto do primeiro quanto do segundo ano do Programa. É apontado no estudo que a coleta somente será iniciada após apreciação e aprovação da unidades co-participantes a qual ocorrerá através de 2 encontros buscando-se atingir um total de 45 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados,

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.612.037

demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível. Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos eminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

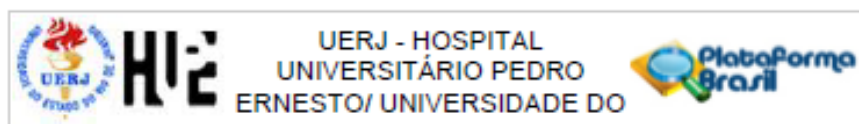
Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:50:26	Ori Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Metodologia_Ampliada.pdf	19/02/2018 12:47:30	Ori Carvalho da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ORLI_Roteiro_de_Debates_GF.pdf	19/02/2018 12:44:22	Ori Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_IFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:12:51	Ori Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_HUPE_TCLE.docx	10/02/2018 09:09:55	Ori Carvalho da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	ORLI_HGB_TCLE.docx	10/02/2018 09:08:33	Ori Carvalho da Silva Filho	Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.612.037

Justificativa de Ausência	ORLI_HGB_TCLE.docx	10/02/2018 09:08:33	Orli Carvalho da Silva Filho	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ORLI_UFF_TCLE.docx	10/02/2018 09:07:40	Orli Carvalho da Silva Filho	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Abril de 2018

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-080
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2866-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com