

## ‘Suicídio não é tema de sessão clínica!’: sobre tabus, peculiaridades e lacunas na formação médica pediátrica

*‘Suicide is not a clinical case topic!’: On taboos, particularities, and gaps in pediatric medical education*

Orli Carvalho da Silva Filho<sup>1</sup>, Luana Nogueira de Farias Moura<sup>1</sup>, Daniel Storti Netto Puig<sup>2</sup>, Mariana Tomasi Scardua<sup>2</sup>, Maria Cecília de Souza Minayo<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110911P

**RESUMO** A transição epidemiológica no Brasil vem provocando adaptações no cuidado de crianças e adolescentes. Essa Nova Pediatria tem a violência, as condições crônicas e complexas e a saúde mental como questões importantes, com destaque para o comportamento suicida por seu impacto clínico-epidemiológico. Sendo críticos para a formação médica, os Programas de Residência Médica (PRM) em pediatria são espaços privilegiados para o entendimento de como essa especialidade tem se organizado e atuado clinicamente. Assim, objetivou-se compreender a percepção e o conhecimento dos médicos residentes em pediatria sobre o comportamento suicida na infância e na adolescência. Foi realizada pesquisa social, utilizando o método qualitativo, por meio da técnica de Grupos Focais (GF), a partir da qual participaram 44 médicos residentes de cinco PRM no Rio de Janeiro. A partir da análise de conteúdo, modalidade temática, três unidades de sentido se destacaram no debate provocado em cinco GF: O tabu do suicídio; Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos; Lacunas formativas dos PRM em pediatria. Uma abordagem integral e adequada do comportamento suicida pelos pediatras demanda uma reorganização dos PRM, facilitando a superação de tabus e permitindo reflexões sobre os conflitos que fundam essa especialidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Suicídio. Comportamento autodestrutivo. Pediatria. Residência médica. Grupos Focais.

**ABSTRACT** *The epidemiological transition in Brazil has led to adaptations in the care of children and adolescents. This New Pediatrics identifies violence, chronic and complex conditions, and mental health as central issues, with suicidal behavior standing out due to its clinical and epidemiological impact. As critical components of medical education, Pediatric Medical Residency Programs serve as privileged settings for understanding how this specialty has been organized and how it operates clinically. This study aimed to understand pediatric residents’ perceptions and knowledge regarding suicidal behavior in childhood and adolescence. A social research study was conducted using a qualitative approach through the Focus Group (FG) technique, involving 44 residents from five Pediatric Medical Residency Programs in Rio de Janeiro. Content analysis, following a thematic approach, revealed three main meaning units that emerged from discussions across the five FGs: The taboo of suicide; Peculiarities of pediatric care: idealizations and conflicts; and Training gaps within Pediatric Medical Residency Programs. An integrated and appropriate approach to suicidal behavior by pediatricians requires the reorganization of these programs, facilitating the overcoming of taboos and promoting reflection on the conflicts that shape this specialty.*

**KEYWORDS** *Suicide. Self-injurious behavior. Pediatrics. Internship and residency. Focus Groups.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [orli.filho@fiocruz.br](mailto:orli.filho@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A pediatria, como área da medicina dedicada ao cuidado de crianças e adolescentes, tem sido tensionada diante das exigências assistenciais e culturais contemporâneas<sup>1-3</sup>. São demandas direcionadas pela transição epidemiológica, conduzindo a maiores taxas de ocorrência de afecções congênitas, de neoplasias e da causalidade externa como importantes fatores associados à morbimortalidade pediátrica<sup>4,5</sup>. Considera-se, desse modo, a existência de uma Nova Pediatria, em que o manejo de condições crônicas e complexas em saúde, a incidência de eventos violentos e a prevalência de transtornos mentais se destacam para o planejamento, a prática assistencial e na formação profissional<sup>5-7</sup>.

A residência médica é considerada o modelo mais abrangente de especialização médica, tendo sua essência na díade 'ensino e serviço'<sup>8,9</sup>. Ela constitui uma proposta pedagógica segundo a qual o treinamento prático e supervisionado em unidades de saúde de diferentes complexidades deve permitir e organizar a aquisição de competências e habilidades. Os Programas de Residência Médica (PRM), com isso, são os locais preferenciais para a continuidade da graduação, recebendo uma pluralidade de jovens, em sua maioria pouco experientes na prática profissional<sup>10</sup>.

Nessa perspectiva, cabe aos PRM em pediatria a desafiadora missão de proporcionar o desenvolvimento de competências pelos Médicos Residentes (MR) para que abordem as novas demandas clínicas, psicossociais e epidemiológicas<sup>11,12</sup>. Com esse objetivo, e buscando equiparação à realidade da pediatria internacional<sup>13,14</sup>, os PRM em pediatria, em 2019, foram ampliados para três anos. Dentre essas demandas, destaca-se, por sua magnitude, sensibilidade e urgência formativa, o comportamento suicida na infância e adolescência, fenômeno que, na última década, tem mobilizado as famílias, os diferentes setores da sociedade e a classe pediátrica no País<sup>15,16</sup>. Preocupação, contudo, que não tem revertido

a inabilidade teórica e clínica dos MR em pediatria quanto a esse tema<sup>14</sup>.

Por comportamento suicida, entende-se um *continuum* de autoagressões que envolve ideação, ameaças, tentativa e o suicídio consumado<sup>16,17</sup>. Enquanto desfecho fatal desse espectro, o suicídio constitui um dos eventos mais críticos para a área da saúde, um desafio a sua compreensão e abordagem<sup>14</sup>. Dados do Ministério da Saúde (MS) publicados em 2024<sup>18</sup> indicam uma tendência de aumento na mortalidade por suicídio no Brasil, principalmente após 2014. Em 2021, o suicídio foi a 11ª causa de morte da população entre 5 e 14 anos e a 3ª entre 15 e 19 anos. Ainda que cerca de 77% dos suicídios no País sejam de homens, entre as mulheres, seu pico de incidência é na adolescência. A ocorrência de lesões autoprovocadas, agrupando tentativas de suicídio e autolesões não suicida notificadas, também se destacou no documento do MS<sup>18</sup>. Do total das notificações, 23% ocorreram na segunda metade da adolescência (15 a 19 anos), e 11,5% no grupo pediátrico de 5 a 14 anos<sup>18</sup>.

Assim, investigar como o comportamento suicida na infância e, principalmente, na adolescência tem sido compreendido pelos PRM em pediatria assume-se relevante como estratégia de entender e aprimorar a abordagem desse fenômeno na formação e na prática. Este estudo não se debruçou sobre o comportamento suicida em si, mas na relação dialógica dos MR com essa temática e a participação de seus PRM nesse processo. Seguindo Elias<sup>19</sup> em sua defesa de que o estudo da morte é uma dedicação ao estudo da vida, buscou-se, como objetivo deste estudo, compreender e analisar a percepção e o conhecimento de MR em pediatria sobre o comportamento suicida na infância e adolescência.

## Material e métodos

Este artigo foi produzido a partir da dissertação 'Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre

comportamento suicida na infância e na adolescência<sup>14</sup>. As ideias apresentadas refletem um segundo olhar sobre a pesquisa, cujo tema persiste como um desafio à saúde coletiva, reconhecendo que uma interpretação não é a última palavra no estudo de um objeto<sup>20</sup>.

Foi realizada uma pesquisa social, método qualitativo, por meio da técnica de Grupos Focais (GF), proporcionando uma interação empática entre pesquisadores e participantes<sup>21,22</sup>. Assumiu-se que uma abordagem interacional seria importante para melhor compreensão dos fatos e relações humanas que envolvem pensamentos, sentimentos, atitudes e práticas<sup>20-22</sup>.

Diante dos 24 PRM credenciados em 2018 na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a seleção das unidades considerou: a localização no espaço urbano (buscando ampliar os perfis de pacientes), a presença ou ausência de serviços de emergência (para avaliar a influência desses setores na capacitação dos MR)

e a vinculação formal ou não a instituições de ensino e pesquisa (de forma a observar se a estrutura acadêmica interfere sobre essa formação). Foram recrutados residentes do primeiro (R1) e do segundo ano (R2), visando à comparação entre os participantes com tempos diferentes de formação. Assim, cinco PRM em pediatria constituíram o campo da pesquisa; todos sediados em unidades públicas e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi realizado um GF por PRM, em datas e locais escolhidos pelas respectivas coordenações. A descrição dos cinco GF e dos PRM encontra-se no *quadro 1*. A coleta de dados se deu durante os GF (15/5/2018 a 3/7/2018), com o envolvimento de 44 MR (27 R1 e 17 R2). Para a realização das atividades, foi necessário que houvesse o aval: institucional do hospital que sediava o PRM; da coordenação de cada PRM; e de cada participante (por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE).

Quadro 1. Caracterização (2018) dos Grupos Focais e unidades hospitalares dos Programas de Residência Médica em pediatria participantes da pesquisa

Descritores	PRM/GF 1	PRM/GF 2	PRM/GF 3	PRM/GF 4	PRM/GF 5
Modelo de gestão hospitalar	Hospital Federal	Hospital Estadual	Hospital Federal	Hospital Universitário Federal	Hospital Universitário Estadual
Localização urbana da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	Zona Norte do município do Rio de Janeiro	Baixada Fluminense	Zona Sul do município do Rio de Janeiro	Leste Fluminense	Zona Norte do município do Rio de Janeiro
Vinculação a instituições de Ensino/ Pesquisa	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Presença de Serviço de Emergência Pediátrica	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Número de MR de participantes do GF	12	7	13	5	7

Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

PRM: Programa de Residência Médica; GF: Grupo Focal; MR: Médicos Residentes.

Três pesquisadores participaram de cada GF: o moderador, que conduziu a atividade, e dois relatores (para auxílio logístico).

Os debates ocorridos nos encontros foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. Cada GF se iniciou com a ‘fase de

aquecimento'<sup>22</sup>, quando pesquisadores e participantes foram apresentados, fizeram as pactuações do encontro e lhes foi solicitado que respondesse a um questionário de dados sociodemográficos e ao TCLE. O questionário continha perguntas sobre comportamento suicida, formação médica e prática profissional, servindo como uma aproximação temática. Na 'fase reflexiva' do encontro<sup>22</sup>, o moderador provocou o diálogo, recorrendo, de forma criativa e sensível, a perguntas de um roteiro, estimulando o envolvimento dos participantes.

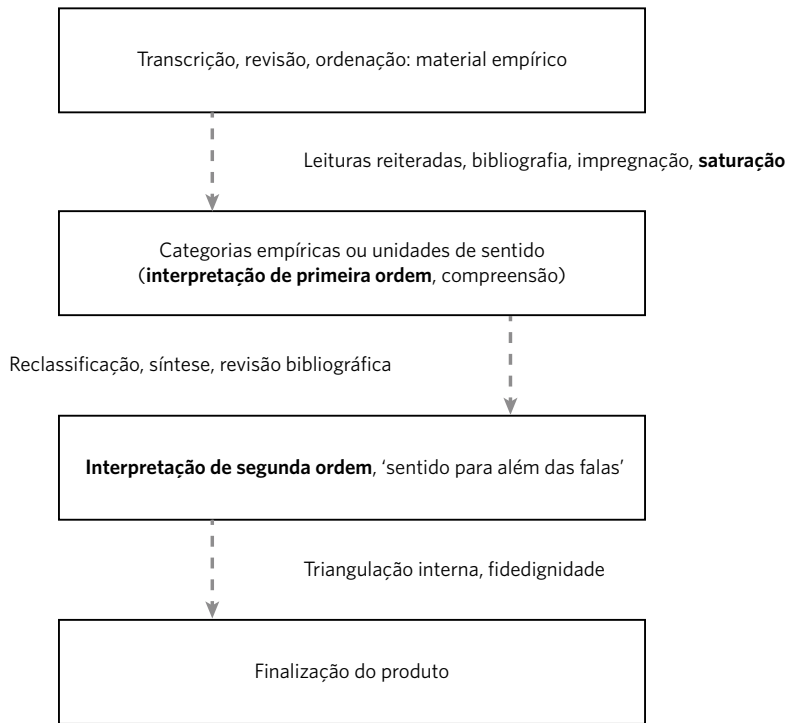
Sendo 'seres falantes'<sup>23</sup>, as diferentes vozes dos MR em pediatria foram ouvidas a partir de três perspectivas acerca do comportamento suicida na infância e adolescência: 'O que é?'; 'A possibilidade de afetação'; 'A preparação para uma abordagem pediátrica'. Compreendeu-se que os GF, ao permitirem o debate e a sinergia entre os participantes, ultrapassavam a configuração de uma entrevista coletiva<sup>24</sup>, efetivando-se como um instrumento compreensivo para a abordagem de consensos, dissensos e especificidades<sup>21,22</sup> sobre a percepção, as vivências e o conhecimento acerca do comportamento suicida.

Nesta pesquisa, a percepção foi compreendida como a apreensão do mundo a partir dos sentidos, promovendo experiências pessoais.

As vivências são reflexões do indivíduo sobre a experiência vivida<sup>25</sup>. Experiências e vivências constituem o senso comum, que orienta cada sujeito nas várias ações e situações da vida, por meio de valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar-se e agir<sup>25</sup>. O conhecimento tanto pode ser uma expressão do senso comum quanto formatado e autorizado por um saber científico instituído e reconhecido pelos PRM. Não se pretendeu valorizar o conhecimento enquanto um saber único ou dominante, mas como ele foi estruturado e difundido nas instituições normativas de pediatria.

A etapa analítica empregada encontra-se esquematizada na *figura 1*. O *corpus* analisado se organizou com as transcrições de cada GF, os registros escritos e as impressões iniciais dos pesquisadores. Depois, foi realizada a análise do conteúdo recolhido, modalidade temática<sup>21,26</sup>, o que levou ao reconhecimento de sete unidades de sentido ou interpretações de primeira ordem. O esforço interpretativo e de reclassificação, amparado por leituras reiteradas e revisão bibliográfica, permitiu sua síntese em três categorias de segunda ordem, cujo sentido já se depreendia das falas dos participantes: 'O tabu do suicídio'; 'Peculiaridade da assistência pediátrica: idealizações e conflitos'; e 'Lacunas formativas dos PRM em pediatria'.

Figura 1. Esquema síntese da etapa analítica empregada na pesquisa



Fonte: elaboração própria adaptada de Minayo<sup>21</sup>.

Outras questões éticas merecem destaque; após cada GF, foi realizada uma atividade acadêmica para discussão do tema, em uma devolutiva aos participantes. Nenhum dos 44 participantes declarou sofrimento emocional decorrente das atividades de pesquisa, mesmo após a oferta de suporte pontual após os encontros. Pelo contrário, segundo os residentes, os GF geraram algumas oportunidades: reflexão individual; aquisição de conhecimento técnico; autocrítica sobre a própria falta de conhecimento na área; aproximação com alguns colegas. Segundo Minayo<sup>21</sup>, o método é a alma do conteúdo em uma pesquisa; assim, a técnica escolhida foi um bom disparador de reflexões e interações. Desse modo, ainda antes da análise dos dados, ficaram evidentes a importância e a potencialidade de discussões sobre essa delicada temática, tendo sido reconhecida pelos MR como uma estratégia de capacitação e suporte emocional.

O estudo recebeu aprovação inicial do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 833111518.0.00005269 e Parecer nº 2.533.685).

## Resultados e discussão

Esta seção apresenta uma descrição sintética e a discussão dos resultados.

### Síntese descritiva

O perfil sociodemográfico dos 44 MR que participaram dos cinco GF é apresentado na *tabela 1*. A maioria era jovem (média e mediana de idade de 27 anos), do sexo feminino, estava no primeiro ano da residência, tinha religião e trabalhava em outros hospitais além da residência médica.

Tabela 1. Perfil dos médicos residentes de pediatria participantes da pesquisa

GF / número de participantes	Ano na Residência		Sexo		Trabalho		Religião	
	Médica		M	F	Sim	Não	Sim	Não
	R1	R2						
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	5	5	0	5	0
GF 5 = 7	4	3	1	6	6	1	6	1
<b>Total = 44 (%)</b>	<b>27 (61,3)</b>	<b>17 (38,7)</b>	<b>9 (20,5)</b>	<b>35 (79,5)</b>	<b>35 (79,5)</b>	<b>9 (20,5)</b>	<b>35 (79,5)</b>	<b>9 (20,5)</b>

Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

GF: Grupo Focal; R1: Residente médico do primeiro ano; R2: Residente médico do segundo ano; M: Masculino; F: Feminino.

O questionário utilizado possibilitou o entendimento do panorama formativo e de atuação profissional desses médicos, como visualizado na *tabela 2*. Esse panorama serviu de base para uma das categorias de análise, em que foram identificados vazios curriculares sobre comportamento suicida na infância e adolescência na formação pediátrica,

tendo sido a primeira resposta da pesquisa. Inicialmente construída a partir dos dados dos questionários, essa unidade de sentido foi mais bem compreendida na análise discursiva dos GF, quando se mostrou sinergicamente constituída pelas duas outras categorias, como ilustrado na *figura 2*.

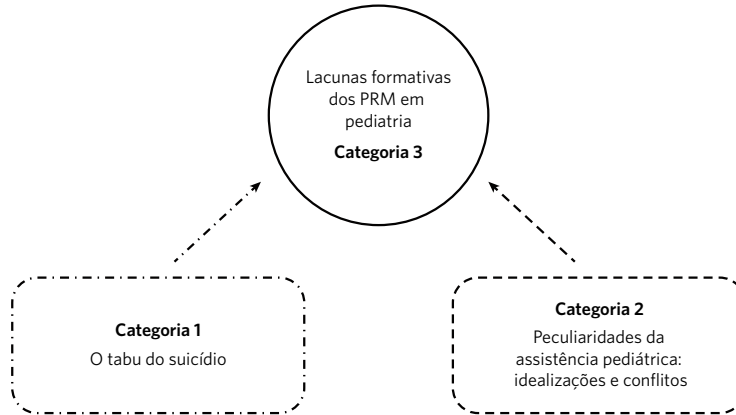
Tabela 2. Formações médica e pediátrica e atuação profissional dos médicos residentes de pediatria participantes da pesquisa

	GF 1 (12)	GF 2 (7)	GF 3 (13)	GF 4 (5)	GF 5 (7)	Total (%)
Aula/discussão durante graduação médica sobre CS	7	6	7	4	5	29 (65,9)
Aula/discussão no PRM sobre CS	0	0	1	0	0	1 (2,2)
Questão sobre CS no processo seletivo do PRM	1	0	2	0	0	3 (6,8)
Aula / palestra em eventos científicos	5	1	3	4	6	19 (43,1)
Atendimento pediátrico a casos de CS	4	3	4	2	6	19 (43,1)

Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

GF: Grupo Focal; CS: Comportamento Suicida; PRM: Programa de Residência Médica.

Figura 2. Esquema gráfico das categorias de análise da pesquisa



Fonte: elaboração própria adaptada de Silva Filho<sup>14</sup>.

Três apontamentos nas respostas dos MR direcionaram para o reconhecimento dessas lacunas: 1) a formação médica centrada no adulto; 2) os cenários dos PRM desconectados da prática profissional; 3) a fragilidade da supervisão sobre comportamento suicida pelos PRM. Como exposto na *tabela 2*, é marcante a diferença entre o número de MR que sinalizaram ter participado em suas graduações e em seus PRM de aula/discussão médica sobre comportamento suicida (29 *versus* 1). Apesar de os dados epidemiológicos sugerirem que a violência autoinfligida é relevante para o público infantojuvenil<sup>15,16,18</sup>, a formação pediátrica não incorporou sua importância nem discutiu suas especificidades, prevalecendo uma abordagem frágil e adultocêntrica.

*Quando eu rodei na psiquiatria, teve a matéria na faculdade, mas isso não é voltado para criança, ninguém nunca falou 'Ah, suicídio na pediatria!' Isso é uma coisa que fica muito, muito fora assim do nosso dia a dia. (R2, GF3).*

Em 2018, quase metade dos participantes referiram já terem prestado atendimento profissional a casos de tentativa de suicídio em adolescentes. O instrumento não especificou onde esses atendimentos foram realizados, mas permitiu entender que não houve supervisão nos PRM sobre tais casos. Isso possibilitou

inferir a existência de fragilidades na supervisão quando esses casos se apresentavam nas unidades assistenciais dos PRM e de que os cenários de estágio não refletiam, necessariamente, a dinâmica encontrada no trabalho fora do PRM. É reconhecido que a grade curricular de um PRM deve ser capaz de abranger toda a dimensão de cuidado pediátrico, especialmente em relação às condições mais prevalentes<sup>1,2,11</sup>. É também considerado que o trabalho em espaço fora do PRM não deve ter a função de suprir lacunas formativas<sup>9,10</sup>

O debate com e entre os MR sinalizou não haver diferença discursiva entre os R1 e os R2 em um mesmo PRM, em nenhuma das cinco residências estudadas, o que corroborou a parcial inabilidade dos PRM enquanto espaços formais de ensino, não sendo, portanto, o tempo cursado de residência uma variável importante para a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre comportamento suicida. As falas evidenciaram experiências pessoais sobre o tema, sugerindo uma sobreposição entre o que foi reconhecido na pesquisa como 'percepção' e como 'conhecimento'<sup>14</sup>. Na ausência da formalidade do ensino e da supervisão sobre comportamento suicida, o experimentado no espaço privado e em ambientes de trabalho tornou-se a maior influência e fonte de reflexão para a prática profissional assinalada nos GF.

Diferentemente do previsto em fase preliminar ao campo, a presença de serviços de emergência pediátrica – e sua potencial exposição a casos de ideação e tentativas de suicídio – não resultou em diferença na abordagem do comportamento suicida entre os PRM. Semelhantemente, apesar da autodeclaração religiosa por quase 80% dos MR, termos e conceitos de nenhuma crença se destacaram nos debates, não se tornando objeto da análise.

A discretíssima presença de questões sobre suicídio nos processos seletivos de residência médica e a pequena participação dos MR em palestras sobre o tema em eventos científicos (*tabela 2*) foram um indício que se somou a uma dificuldade que parecia, assim, extrapolar as fronteiras dos PRM. Nesse contexto, ponderou-se se a desconsideração sobre essa temática não deveria ser uma característica não apenas dos MR e de seus supervisores, mas também da pediatria enquanto especialidade.

### **“Qual luto seria mais fácil viver?” – O tabu do suicídio**

Esse questionamento foi realizado por um R1 no segundo GF e sintetizou as angústias relatadas pelos MR como indivíduos e como profissionais. Vida, morte, luto e suicídio se sobrepuseram nessa indagação, correlacionando-se aos tabus que perpassaram seus discursos.

O suicídio foi interpretado pelos participantes como uma morte “*que foge à lei natural*” (R1, GF2), sendo “*diferente das demais, pois o normal da vida é morrer por alguma patologia ou algum acidente*” (R1, GF4). Foi mencionado que o suicídio é a morte que mais problematiza a vida e, por isso, a que mais afeta o lidar médico. Foi notório o desconforto que silenciava e dificultava uma aproximação técnica ao tema, prevalecendo o senso comum e os tabus.

As provocações do moderador tiveram como respostas iniciais o acionamento de relatos e narrativas de familiares e conhecidos, preenchidos por juízos de valor e afetação pessoal. Esse desconforto também foi percebido por meio do reconhecimento consensual sobre a

universalidade do suicídio, de forma que ele “*é real, pode acontecer com qualquer um, basta estar vivo*” (R1, GF1). Isso corrobora o pensamento de Durkheim de que o suicídio é um fato humano e universal, ainda que singular, existindo vários suicídios<sup>27</sup>.

O desconforto também pôde ser reconhecido como uma reflexão sobre a carga de sofrimento que os sujeitos que se suicidam carregam, como defendido por Shneidman<sup>28</sup>. Ao instituir o campo da suicidologia, o psicólogo defendeu que o ato suicida deve ser compreendido como um mal-estar multidimensional sofrido por um indivíduo vulnerável que concebe sua morte como única solução, em um momento de máxima dor, perturbação e pressão<sup>28,29</sup>.

Nos cenários de silêncios e desconfortos, prevaleceram as falas marcadas por vivências e experiências. Pouco foi dito que indicasse um treinamento profissional ou acadêmico sobre o assunto. Nos debates, foi possível identificar, em paralelo à questão do suicídio, que era preciso validar e aprofundar a reflexão sobre o evento ‘morte’, assunto pouco tratado nos estudos e nas práticas pediátricas, mesmo quando advindas de causas orgânicas e naturais.

Assim, o tabu da morte se antecipa ao tabu do suicídio, não sendo possível lidar com o suicídio sem antes se suportar e encarar a morte de forma ética e profissional, e não como um inimigo a ser combatido<sup>19,30</sup>. A fala a seguir expôs essa realidade: “*A gente luta tanto pela vida, a gente é acostumado como médico a sempre salvar vidas e aí você lida com alguém que quer tirar a própria vida*” (R2, GF1). Essa perspectiva foi defendida por Dias<sup>31</sup> em sua proposição de ‘duplo tabu’, em um reconhecimento da fragilidade médica em suportar profissionalmente a morte, ainda que sabendo de sua existência.

O conceito de duplo tabu foi tensionado ao se colocar a morte pediátrica em perspectiva. O tabu da morte e do suicídio ganha um agravante quando as crianças e os adolescentes são percebidos como ‘as vítimas e os culpados’

nesse cenário doloroso. Tabu da morte – tabu do suicídio – tabu do suicídio na infância e adolescência: o triplo tabu<sup>15</sup>.

Como discorre Pereira<sup>32</sup>, o nascimento da pediatria nacional como especialidade médica vinculou-se, social e historicamente, à comoção e ao combate da mortalidade infantil. O *ethos* pediátrico – construído e atualizado nos PRM – segue marcado por seus traços originais: protetores da vida, livrando as famílias do estigma da mortalidade e conduzindo sua prole a um destino de saúde, robustez e vitalidade<sup>32</sup>.

Desse modo, exercer o cuidado pediátrico, caracterizado como uma esperança no porvir, pareceu ser incompatível com o comportamento suicida em crianças e adolescentes: “*Não consigo pensar no que pode passar na cabeça de uma criança para tentativa de suicídio*” (R2, GF2). Tal postura cristaliza a posição do suicídio como uma subversão à cultura médica ocidental<sup>30</sup>, inundando a formação pediátrica.

Uma pergunta assim se estabeleceu em campo: que mortes, que lutos e que tabus os PRM em pediatria têm escolhido enfrentar? Em 2018, os resultados da pesquisa indicaram que não eram mortes autoprovocadas, resultados que ainda refletem o experimentado nos PRM atualmente. Se o bem-estar físico, mental e social se soma à definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde<sup>33</sup>, é pertinente que todas as formas de morte e adoecimento sejam validadas. Investir no desenvolvimento de competências e em reflexões sobre morte, violência e sofrimento emocional é estratégia urgente, bem como atividades profissionais confiáveis (Entrustable Professional Activities – EPA) para a formação de profissionais capazes de abordar e prevenir o comportamento suicida pediátrico<sup>1,11</sup>. É preciso, portanto, situar os eventos dolorosos e violentos na compreensão da morbimortalidade, tendo em conta que ocorrem, sobretudo, no final da infância e no curso da adolescência; assim como é necessário investir no fortalecimento da nova proposta dos PRM em pediatria<sup>13</sup>.

### **“Oh! Que saudades eu tenho da aurora da minha vida, da minha infância querida!” – Peculiaridades da assistência pediátrica: idealizações e conflitos**

Em um depoimento sobre como escolheu e tem vivenciado a especialidade pediátrica, um R2 (GF 4) recitou alguns versos de ‘Meus oito anos’<sup>34</sup>, ilustrando esta categoria analítica que abordou o ideal romântico e idealizado dessa especialidade.

Segundo Ariès<sup>35</sup>, a consciência social sobre a infância nas sociedades ocidentais foi construída mediante sua romantização, a partir do século XVII. Dois sentimentos sobre essa fase foram importantes: a paparicação (em que ingenuidade, gentileza e graça das crianças tornaram-se elementos de distração e relaxamento para adultos) e o interesse psicológico e a preocupação moral sobre os infantes.

Esse segundo sentimento, influenciado pelo movimento religioso e pelo Estado Moderno, promoveu propostas sobre disciplina, moral, higiene e saúde, tratando as crianças como criaturas divinas e ‘sem voz’<sup>35,36</sup>. O surgimento da pediatria manteve-se enraizado nessas orientações e no combate à mortalidade, à imoralidade e aos desvios, de forma que os pediatras se validam socialmente como os guardiões dos infantes, autorizados a falar, pública e cientificamente, em prol de sua proteção<sup>32,36</sup>. Validação, contudo, que costuma silenciar esse sujeito que recebe cuidado.

Questionou-se, pois, se o ideal do ser pediatra tem permitido um olhar que valorize a subjetividade infantojuvenil e que compreenda a existência de seu sofrimento emocional em determinadas circunstâncias. A representação angelical desse público não interditaria a aproximação a temas socialmente dolorosos e mais avessos ao ser pediatra, como o comportamento suicida?

Foi possível identificar dois conflitos: assistenciais, vivenciados por profissionais cuja experiência não facilita o manejo das condições frequentes de morbimortalidade abordadas

neste estudo; e geracionais, vividos por pediatras que tendem a se aliar às famílias, reproduzindo os discursos parentais. Castellano<sup>36</sup> abordou esse tópico ao ilustrar que a interação nas consultas pediátricas passa pela voz dos adultos e pelo corpo da criança, reiterando o caráter de *enfants*; em um silenciamento de narrativas que deveriam ser levadas para as consultas e revelar preocupações, sofrimentos e violências.

Não ouvir as próprias crianças e adolescentes – sujeitos de direitos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>37</sup> – impede compreender suas dúvidas e sofrimentos, nem sempre materializados corporalmente. Aqui não apenas crianças são alocadas como seres sem voz, mas também os adolescentes. Ainda que potencialmente hábeis na expressão de seus sentimentos, o estranhamento da pediatria para com os adolescentes tem dificultado que esse subgrupo pediátrico seja assistido em sua integralidade<sup>38</sup>.

As contestações e os conflitos esperados nas adolescências são colocados como barreiras para a prática pediátrica, cuja sensibilidade não chega a esses indivíduos, enfatizando sua proximidade da vida adulta e atualizando os conflitos geracionais profissionais<sup>38,39</sup>, como exemplificado: “*Na adolescência é tudo muito intenso! Quando o adolescente se sente mal, ele se sente a pior coisa do mundo. Ele não sabe nada da vida ainda*” (R1, GF1). Esses conflitos podem se concretizar em diferentes posturas conservadoras no *setting* clínico, como no desconhecimento de novas linguagens e mídias, e na indiferença pelas expressões de gênero, sexualidade e cultura, revelando uma formação clínica desconectada da realidade<sup>1,38</sup>.

Os impasses organizacionais das unidades de saúde também amplificam essa distância entre pediatras e adolescentes, demarcando um não lugar assistencial, mesmo quando o manejo clínico das condições frequentes em adolescentes seja considerado uma ‘atividade profissional confiável’ para pediatras<sup>1</sup>. Assim, estabelece-se uma maior dificuldade no entendimento da subjetividade e na abordagem da

‘suicidalidade’ desse grupo, no qual há nítido aumento de tentativas de suicídio e de suicídio consumado<sup>18</sup>.

É possível que, para o MR que acionou espontaneamente os versos românticos no encontro, a infância tenha sido a melhor fase de sua vida. Reconheceu-se, entretanto, a delicadeza quando esse ideal romântico se mantém fundando a prática pediátrica, impedindo uma formação mais densa e complexa.

### **“Porque suicídio não é tema de sessão clínica!” – Lacunas formativas dos PRM em pediatria**

A existência de vazios curriculares sobre comportamento suicida nos PRM em pediatria esteve presente nos pressupostos deste estudo e foi validada no campo. Sendo um tópico relevante em âmbito clínico e epidemiológico, por que não tem se tornado um tema de sessão clínica? A enfática fala de um R2 (GF5) chamou a atenção para essa lacuna e confirmou aos pesquisadores que os MR e seus PRM admitiam essas defasagens.

O desconhecimento técnico se destacou no início dos encontros, quando genuinamente os MR expunham suas dúvidas e dificuldade em estudar o assunto, como expressou um R1 (GF4): “*Eu pelo menos, não sei nem por onde estudar essa coisa subjetiva desse jeito*”. Tal desconhecimento revela, em certo modo, uma ambiguidade médica, como sinalizado por Marquetti<sup>40</sup>, quando diz que há uma declaração de responsabilidade pela vida, mas negação de alguns tipos de mortes. “*Não é uma coisa que a gente dá importância na nossa formação*” (R2, GF3) foi um argumento que expressou a indiferença em relação ao tema, ainda que tendo ciência de seu impacto.

Na ausência da importância curricular dada a esse assunto, o privado organiza a prática assistencial. O privado, assim, extrapola a complementariedade da díade de ensino e serviço dos PRM, sendo protagonista, como apontou um MR:

*Por isso que tem que ter mais discussão e treinamento: você nivela todo mundo pelo básico. Não vai depender só da empatia do que você viveu e do contato com isso fora. (R2, GF5).*

Os PRM em pediatria não conseguiram propor treinamentos que superassem suas inabilidades, inocências, preconceitos e tabus, reforçando essa ambiguidade médica.

A complexidade do tema foi destacada pelos grupos, em um entendimento crítico de que “*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*” (R1, GF5). A saída, contudo, tende a ser um maior afastamento, e não a aquisição de habilidades. Nos primórdios da discussão da medicina brasileira sobre suicídio na juventude, Cassorla sinalizou alguns conflitos vivenciados na vida médica, comparando-os aos experimentados na adolescência<sup>41(1)</sup>:

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.

Nos debates com e entre os MR, além do tabu do suicídio (categoria 1) e das peculiaridades da assistência pediátrica (categoria 2), cinco pontos foram identificados que justificavam as lacunas formativas, sendo três diretamente relacionados com o comportamento suicida – 1) baixa exposição ao tema; 2) desinteresse discente; e 3) desconforto provocado pelo assunto – e dois considerados como relevantes do ponto de vista da formação – 4) organização dos PRM; e 5) ímpeto anatomopatológico.

A baixa exposição sobre o tema esteve presente nas respostas dos questionários e nas falas das entrevistas coletivas. Foi interessante a constatação de que, agravando o

ponto anterior, houve desinteresse discente no assunto, o que permitiu uma crítica da participação ativa do MR em sua capacitação. A frase a seguir aponta esse argumento:

*O que eu quis dizer sobre não gostar, não que eu não estudaria, é que eu evitaria ao máximo. É muita coisa subjetiva e no meu ver me dá um pouco de preguiça. (R2, GF4).*

O desconforto que o assunto provocava nos MR apontou como a concepção da ‘suicidalidade’ é um tópico difícil tanto profissional quanto existencialmente. Tal desconforto foi usado como motivo para o desinteresse e compreendido como uma resposta aos tabus aqui abordados: “*A gente tenta um pouco ficar um pouco cega diante desse tema porque a gente não sabe lidar muito bem*” (R1, GF3).

A ampliação curricular e da duração dos PRM em pediatria pode reduzir o impacto provocado pelo ponto quatro, em que os MR sinalizaram não haver estágios obrigatórios nos quais poderiam receber supervisão adequada. Segundo os participantes, ainda que as expressões de comportamento suicida sejam frequentes na sociedade, são condições que não aparecem no cotidiano dos PRM. A organização dos PRM nem sempre prioriza as condições de maior prevalência e morbimortalidade. Um R2 (GF1) sugeriu: “*Deveria se inserir cenário que a gente possa vivenciar essas coisas na pediatria*”. Foi também sinalizado que os PRM carecem de espaços reflexivos, sob orientação, que proporcionem suporte emocional diante das intensas experiências do ensino e do serviço: “*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).

Ainda que um ponto pouco original quando se argumenta sobre educação médica, destacou-se o imperativo do modelo biomédico e anatomopatológico na práxis dos MR. Na concepção hegemônica de saúde e doença<sup>42</sup>, a ausência de lesão em um órgão-alvo ou um exame objetivo que normatize um diagnóstico

dificultam a compreensão do sofrimento psíquico, desqualificando-o por ser impalpável: “A saúde mental não é algo palpável, no sentido de não ter como eu auscultar, ver temperatura, não tem como ver aquilo dali que está errado” (R1, GF1).

A pesquisa reconheceu, diante dos tabus, inabilidades e desconfortos, que há caminhos possíveis de mudança nessas trajetórias formativas para que promovam melhor impacto na vida de crianças e adolescentes. Uma sentença demarcou que a sensibilização e o manejo de temas duros como o comportamento suicida extrapolam a lógica estabelecida no ensino médico, sinalizando que é preciso aprender e ensinar de ‘outro jeito’:

*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, entende que a criança tem um risco de suicídio, mas a gente não tem tanto jeito.* (R2, GF5).

## Perspectivas estratégicas

Realizada antes da implementação do terceiro ano obrigatório nos PRM em pediatria, esta investigação também buscou indicar possíveis estratégias formativas. Houve devolutivas aos PRM, em uma retribuição ética da pesquisa ao campo<sup>23</sup>. Contudo, não se realizou nova etapa de avaliação sobre como o tema comportamento suicida tem sido abordado nos PRM, o que pode se constituir objeto de estudos futuros.

Ao longo dos GF, muitos participantes se referiram à expressão ‘discussão’, em uma demanda quali-quantitativa de que atividades, sob direcionamento dos PRM, pudessem abordar esse tema, em uma perspectiva assistencial e enquanto suporte psicossocial discente. Valorizou-se o reconhecimento pelos próprios MR de suas limitações e sensibilidades.

A interconsulta psiquiátrica infantojuvenil, presencial ou em matriciamento, foi apontada

pelos pesquisadores como uma estratégia relevante, constituindo-se como uma ligação clínica entre a pediatria e a saúde mental, agregando especialistas às unidades pediátricas, e não deslocando a formação dos MR para cenários externos<sup>14</sup>. A capacitação de pediatras nesse tema precisa ser reconhecida como estratégica para o cuidado de crianças e adolescentes, minimizando as dificuldades de acesso a tratamentos específicos. Uma capacitação que se desenvolve internamente nos PRM tende a produzir maior envolvimento e responsabilização nos MR, amplificando conceitos aprendidos.

A transversalidade da saúde mental na formação pediátrica foi outra estratégia reconhecida, buscando uma articulação entre domínios biológicos, psicossociais e culturais ao estudo do desenvolvimento<sup>14</sup>. Nisso, argumenta-se que não apenas médicos psiquiatras são autorizados para essa supervisão, mas também outros profissionais da saúde mental e da assistência social. Diferentes aproximações teóricas e práticas sobre o sofrimento emocional são válidas para a formação pediátrica, principalmente se forem abordagens transversais, longitudinais e articuladas com a estrutura dos PRM.

## Considerações finais

O percurso metodológico aqui apreendido mostrou-se pertinente aos objetivos propostos, tendo também permitido devolutivas acadêmicas e de suporte aos MR, e propositivas aos PRM. Assente-se, entretanto, que o olhar aprofundado sobre cinco PRM em pediatria da Região Metropolitana Fluminense não permite uma compreensão da realidade pediátrica nacional. Ainda assim, é possível reconhecer sua relevância para planejamentos organizacionais e curriculares sobre a formação pediátrica, principalmente aquelas vinculadas ao SUS. Como limitação, reconhece-se que a realidade aqui apresentada foi pesquisada em 2018. Compreende-se, contudo, que as análises

realizadas ainda podem refletir o cenário dos PRM, considerando as dificuldades para implantação das mudanças curriculares propostas em 2019.

Deve ser apontado que, em 2018, o tema do comportamento suicida na infância e adolescência ganhou maior penetrância e repercussão na sociedade, influenciada pelas mídias digitais. Entendeu-se, nesta discussão, que a dimensão das redes sociais, em 2025, seja maior do que a experimentada durante a coleta de dados, preferindo-se não dar ênfase a esse tópico, o que também pode ser entendido como uma limitação. Nisso, assume-se a necessidade de aprofundar essa temática sob a perspectiva das redes sociais.

Suicídio e comportamento suicida foram, ao longo deste texto, apresentados alternadamente, ambos como expressão de violência autoprovocada e sofrimento emocional. Não foram aqui argumentados como sinônimos, mas como conceitos sobrepostos, em que o termo suicídio, por sua força semântica, destacou-se na voz dos participantes.

Reitera-se que as lacunas formativas sobre comportamento suicida se destacaram nos PRM, facilitando que o senso comum, o silêncio e as experiências e vivências pessoais direcionassem o cuidado pediátrico. O tabu do suicídio em crianças e adolescentes tensiona tabus antecessores, de forma que as propostas pedagógicas precisam intervir previamente sobre os tabus do suicídio e da morte. Assim, olhar novamente para os resultados deste estudo conduziu à reafirmação de que, para a validação do comportamento suicida na infância e adolescência como um problema sanitário e uma das marcas da transição epidemiológica pediátrica, mudanças na formação

de profissionais que assistem crianças e adolescentes são necessárias. Isso se torna mais relevante quando se avalia que muitos dos PRM no País são vinculados a unidades públicas de saúde.

Encerra-se considerando que o que foi investigado sobre a formação médica pediátrica possa estimular sua extrapolação para a formação de outros profissionais de saúde. Outrossim, reconhecem-se diferenças e limitações nessa comparação, mas também são consideradas as dimensões interdisciplinares do cuidado pediátrico. Os espaços de formação médica precisam ser mais bem compartilhados com diferentes profissionais, evidenciando o caráter interdisciplinar e multiprofissional que esse tema demanda, principalmente diante das complexidades experimentadas nas diferentes adolescências. Assim, construindo oportunidades diante de desafios clínicos e epidemiológicos, o comportamento suicida pode se tornar motivador de reorganização de espaços de ensino e serviço em saúde, como propõem os programas de residência.

## Contribuições de autoria

Silva Filho OC (0000-0002-5268-6097)\* e Minayo MCS (0000-0001-6187-9301)\* colaboraram para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Moura LNF (0000-0003-1148-324X)\*, Puig DNS (0000-0003-0285-0714)\* e Scardua MT (0000-0001-8642-6229)\* colaboraram para coleta, análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Fiorini Puccini RF, Ribeiro ACA, Zöllner ACR, et al. As EPAs (Entrustable Professional Activities) na Graduação Médica na Área de Pediatria: Proposta da SBP – maio de 2025 [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2025 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/sbp/2025/maio/30/24925c-Diretriz\\_-As\\_EPAs\\_na\\_graduacao\\_medica\\_na\\_area\\_de\\_pediatria\\_1\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/maio/30/24925c-Diretriz_-As_EPAs_na_graduacao_medica_na_area_de_pediatria_1_.pdf)
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Requisitos mínimos para o Programa de Residência em Pediatria [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2010 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf)
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Formação e áreas de atuação da pediatria [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2011 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/formacao-e-areas-de-atuacao-da-pediatria/>
4. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
5. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(2):321-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200002>
6. Vasconcelos MMA, Vargas LNCC, Santos AF, et al. Habilidades dos residentes de pediatria na abordagem dos transtornos mentais na infância. *Rev Ped SOPERJ*. 2018;18(2):18-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i2p18-23>
7. Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, et al. Introduction: Addressing the millennial morbidity—the context of community pediatrics. *Pediatrics*. 2005;115(4 Supl):1121-3. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2825b>
8. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil. *Cadernos da ABEM*. 2011;7:7-12.
9. Lima JCS. A residência médica: articulações entre a prática e o ensino [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
10. 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.
11. The American Board of Pediatrics. Entrustable Professional Activities (EPAs). ABR [Internet]. 2025 set 12 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: <https://www.abp.org/content/entrustable-professional-activities-epas>
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. Residência Médica de Pediatria com duração de três anos: Proposta SBP [Internet]. [local desconhecido]: SBP; 2010 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=6532-pediatria-sesu-rm&Itemid=30192](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6532-pediatria-sesu-rm&Itemid=30192)
13. Ministério da Educação (BR). Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2016 dez 30 [acesso em 2025 set 21]; Edição 251; Seção I:200-1. Disponível em: [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=55611-pediatria-3-anos-pdf&category\\_slug=janeiro-2017-pdf&Itemid=30192;%202016](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=55611-pediatria-3-anos-pdf&category_slug=janeiro-2017-pdf&Itemid=30192;%202016)
14. Silva Filho OC. Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no rio de janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes Fernandes Figueira; 2019.

15. Silva Filho OC, Minayo MCS. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(7):2693-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>
16. Thapar A, Pine DS, Leckamn JF, et al. *Rutter's child and adolescence psychiatry*. 6th ed. Oxford: Wiley; 2015.
17. World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: WHO; 2014.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*. *Boletim Epidemiológico*. 2024;55(4):1-18.
19. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
20. Minayo MCS, Costa AP. *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação*. Aveiro: Ludomedia; 2019.
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
22. Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. A construção do objeto – o fato é construído: as formas da demissão empirista. In: *Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia*. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 45-47.
24. Gaskell G. *Entrevistas individuais e grupais*. In: *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-73.
25. Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect*. 2010;6(3):251-61.
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70; 1977.
27. Durkheim É. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Nacional; 1966.
28. Shneidman ES. *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
29. Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 2010;31(3):185-205.
30. Lopes FH. *Suicídio & Saber Médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: Apicuri; 2008.
31. Dias ML. *Suicídio: testemunhos de adeus*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1991.
32. Pereira JS. *História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX* [tese na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006 [acesso em 2025 set 21]. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-6X6KSN/tese\\_doutorado\\_junia.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-6X6KSN/tese_doutorado_junia.pdf?sequence=1)
33. World Health Organization. *Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946*. New York: United Nations; World Health Organization; Interim Commission; 1948.
34. Abreu C. *As Primaveras*. São Paulo: Livraria Editora Martins S/A; 1972.
35. Ariès P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
36. Castellanos MEP. *A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
37. Presidência da República (BR). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. 1990 jul 16; Edição 135, Seção I:13563.

38. Coates V, Beznos GW, Françoso LA, coordenadores. Medicina do adolescente. 2ª ed. rev. São Paulo: Sarvier; 2003.
39. Grossman E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolesc Saúde*. 2010;7(3):47-51.
40. Marquetti FC. O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores. São Paulo: Editora Fap-Unifesp; 2011.
41. Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1981.
42. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

---

Recebido em 31/07/2025

Aprovado em 03/11/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados ([https://btd.ibict.br/vufind/Record/CR\\_UZ\\_8b894496b7d2c9027153c87e7850d301](https://btd.ibict.br/vufind/Record/CR_UZ_8b894496b7d2c9027153c87e7850d301))

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Nilson do Rosário Costa, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8824778325312068>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8360-4832>, e-mail: [nilsondorosario@gmail.com](mailto:nilsondorosario@gmail.com)