



UNIVERSIDADE CHRISTUS

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE
E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS**

AMÁLIA MAPURUNGA ALMEIDA

**SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE NA FORMAÇÃO DO PEDIATRA: UMA
AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM SOBRE AUTOLESÃO
NÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA**

FORTALEZA

2026

AMÁLIA MAPURUNGA ALMEIDA

SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE NA FORMAÇÃO DO PEDIATRA: UMA
AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM SOBRE AUTOLESÃO
NÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao
programa de Pós-graduação do
Mestrado Profissional em ensino
na saúde e tecnologias
educacionais da Universidade
Christus – Unichristus como
requisito para obtenção do grau
de Mestre

Área de concentração: Ensino
em saúde

Linha de pesquisa: Avaliação do
ensino e aprendizagem em
saúde

Orientador: Prof Dr
Kristopherson Lustosa Augusto

FORTALEZA
2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A447s Almeida, Amália Mapurunga.
Simulação de alta fidelidade na formação do pediatra: uma
avaliação do processo ensino-aprendizagem sobre autolesão não
suicida na adolescência / Amália Mapurunga Almeida. - 2026.
76 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Christus -
Unichristus, Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias
Educacionais, Fortaleza, 2026.
Orientação: Prof. Dr. Kristopherson Lustosa Augusto.
Área de concentração: Ensino em Saúde.

1. Treinamento por simulação. 2. Educação médica. 3. Saúde
mental. 4. Comportamento autodestrutivo. 5. Adolescente. I.
Título.

CDD 610

AMÁLIA MAPURUNGA ALMEIDA

SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE NA FORMAÇÃO DO PEDIATRA: UMA
AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM SOBRE AUTOLESÃO
NÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao programa
de Pós-graduação do Mestrado
Profissional em ensino na saúde e
tecnologias educacionais da
Universidade Christus – Unichristus
como requisito para obtenção do grau
de Mestre

Área de concentração: Ensino em
saúde

Linha de pesquisa: Avaliação do
ensino e aprendizagem em saúde

Orientador: Prof. Dr. Kristopherson
Lustosa Augusto

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Kristopherson Lustosa Augusto (Orientador)

Universidade Christus - UNICHRISTUS

Prof.^a Dr.^a Deborah Pedrosa Moreira

Universidade Christus - UNICHRISTUS

Prof. Dr. Jarbas de Sá Roriz Filho

Universidade Federal do Ceará - UFC

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e sabedoria concedidas em cada etapa desta caminhada.

Aos meus pais, Almeida e Fátima, exemplos de amor, integridade e dedicação, que sempre acreditaram em mim e me sustentaram com apoio incondicional.

Ao meu marido, Uiatam, por estar ao meu lado em todos os momentos, oferecendo paciência, escuta e leveza, mesmo nos momentos de cansaço e incerteza.

Ao meu orientador, professor Kristopherson Lustosa Augusto, pela orientação precisa, pelo rigor científico e pelas contribuições fundamentais ao desenvolvimento deste trabalho.

À professora Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira, por toda a disponibilidade, delicadeza e contribuição inestimável na condução da fase qualitativa deste estudo.

Aos demais professores e colegas do Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologias Educacionais (MESTED), pelo aprendizado compartilhado, pelo companheirismo e pela troca de experiências que tornaram esta trajetória mais rica e significativa.

Por fim, àqueles que, de diferentes maneiras, contribuíram com escuta, incentivo e ideias ao longo desta caminhada, minha sincera gratidão.

RESUMO

Nas últimas décadas, observa-se um aumento expressivo da autolesão não suicida entre adolescentes, configurando desafio crescente para a pediatria e para a formação médica. Diante da necessidade de qualificar o cuidado e fortalecer as competências relacionais dos residentes, a simulação de alta fidelidade tem sido incorporada ao ensino em saúde mental como estratégia inovadora. Este estudo teve como objetivo avaliar a contribuição da simulação na formação do pediatra quanto à aprendizagem de habilidades clínicas, emocionais e comunicacionais no manejo da autolesão não suicida em adolescentes em um hospital infantil no Ceará. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em um hospital infantil do Ceará, que utilizou cenário simulado previamente validado. As percepções dos residentes foram exploradas por meio de entrevistas individuais e de um grupo focal, interpretadas segundo a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram altos níveis de satisfação e autoconfiança, bem como relatos de aprendizado significativo, empatia e reflexão crítica sobre a prática profissional. Entretanto, emergiram dificuldades na anamnese com adolescentes — especialmente na abordagem de temas de saúde mental —, falhas no reconhecimento do cuidado pós-lesão como componente essencial do manejo e insegurança quanto ao sigilo médico e à comunicação com os responsáveis. Conclui-se que a simulação de alta fidelidade favorece o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais essenciais à prática pediátrica, embora seu impacto máximo dependa de inserção longitudinal e articulação com a prática clínica supervisionada. O estudo resultou na elaboração do *Guia Prático de Atendimento ao Adolescente com Autolesão Não Suicida*, produto técnico desta dissertação.

Palavras-chave: treinamento por simulação; educação médica; saúde mental; comportamento autodestrutivo; adolescente.

ABSTRACT

In recent decades, there has been a significant increase in nonsuicidal self-injury among adolescents, posing a growing challenge for pediatrics and medical training. In response to the need to improve care and strengthen residents' relational competencies, high-fidelity simulation has been incorporated into mental health education as an innovative teaching strategy. This study aimed to evaluate the contribution of high-fidelity simulation to pediatric training in the development of clinical, emotional, and communication skills for the management of nonsuicidal self-injury in adolescents at a pediatric hospital in Ceará, Brazil. This qualitative study was conducted at a pediatric hospital in Ceará and employed a previously validated simulation scenario. Residents' perceptions were explored through individual interviews and a focus group, and the data were analyzed using Bardin's content analysis. The results revealed high levels of satisfaction and self-confidence, as well as reports of meaningful learning, empathy, and critical reflection on professional practice. However, challenges emerged in conducting adolescent anamnesis—particularly when addressing mental health issues—as well as difficulties in recognizing post-injury care as an essential component of management and insecurity regarding medical confidentiality and communication with caregivers. It is concluded that high-fidelity simulation promotes the development of relational and communication competencies essential to pediatric practice, although its maximum impact depends on longitudinal integration and articulation with supervised clinical practice. This study resulted in the development of the *Practical Guide for the Care of Adolescents with Nonsuicidal Self-Injury*, the technical product of this dissertation.

Keywords: simulation training; medical education; mental health; self-injurious behavior; adolescent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de óbitos por suicídio e de autolesão não letal notificados entre adolescentes de 10 a 14 anos, Ceará, 2009 a 2023.....	17
Figura 2 – Distribuição dos participantes do cenário de simulação.....	28
Figura 3 – Distribuição dos participantes nas entrevistas.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias emergentes da análise qualitativa.....	35
Quadro 2 - Categoria: Ensino em Saúde Mental na Residência Pediátrica	35
Quadro 3 – Categoria: Autolesão Não Suicida na Adolescência	36
Quadro 4 – Categoria: Simulação na Residência de Pediatria	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS DE PESQUISA.....	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Crise de adoecimento mental entre jovens.....	16
3.2	Autolesão não suicida na adolescência.....	18
3.3	O papel e as dificuldades do pediatra no atendimento em saúde mental... 21	
3.4	Ensino em saúde mental na residência em pediatria.....	22
3.5	Simulação como ferramenta de ensino na residência em pediatria.....	24
4	MATERIAL E MÉTODO.....	27
4.1	Aspectos éticos.....	27
4.2	Tipo de estudo.....	27
4.3	Cenário e período do estudo.....	27
4.4	Sujeitos da pesquisa.....	28
4.5	Instrumentos de pesquisa.....	29
4.6	Procedimento de coleta de dados.....	31
4.7	Análise de dados.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1	Ensino em saúde mental na residência pediátrica.....	37
5.2	Autolesão não suicida na adolescência.....	39
5.3	Simulações na residência de pediatria.....	42
6	CONCLUSÃO	46
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOBRE SIMULAÇÃO E SAÚDE MENTAL NA PEDIATRIA	58
	APÊNDICE B – GUIA PRÁTICO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE COM AUTOLESÃO NÃO SUICIDA.....	60
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	61
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	64

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	65
ANEXO D – ROTEIRO DO CENÁRIO SIMULADO	67
ANEXO E – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO ROTEIRO DE SIMULAÇÃO.....	71
ANEXO F – ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM	72
ANEXO G – ARTIGO CIENTÍFICO REFERENTE AO BRAÇO QUANTITATIVO DO ESTUDO.....	75
ANEXO H - COMPROVANTE DE ENVIO DE ARTIGO CIENTÍFICO.....	76

1. INTRODUÇÃO

A autolesão não suicida (ALNS) é uma forma de violência autoprovocada caracterizada por dano a uma parte do corpo do próprio indivíduo, realizado de forma não acidental e sem intencionalidade suicida, com métodos não socialmente aceitos, como cortar-se ou queimar-se (Quesada et al., 2020). Diferentes nomenclaturas, como automutilação, autoflagelação e autoagressão, foram utilizadas para este fenômeno, que foi introduzido como uma possível entidade diagnóstica apenas na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e que ainda é de difícil distinção de outros comportamentos e transtornos (Kerr; Muehlenkamp; Turner, 2010; Meszaros; Horvath; Balazs, 2017).

AALNS é um comportamento multifatorial, envolvendo fatores pessoais, sociais e culturais, com importante propensão a repetição e associação a outros comportamentos de risco, como suicídio, uso de substâncias, relação sexual desprotegida, problemas financeiros, entre outros (Silva; dos Santos; Vedana, 2022). De acordo com Wang et al. (2022), alguns dos potenciais fatores de risco para sua prática são experiências adversas na infância, *bullying*, baixo nível de educação em saúde e transtornos mentais. Adversidades vivenciadas na infância estão associadas a um risco aumentado de engajamento continuado em autolesão e esse risco é parcialmente explicado tanto por dificuldades em regular emoções quanto por experiências de vitimização entre pares (He et al., 2024). Já os fatores de proteção envolvem maiores níveis de autoestima, suporte familiar, suporte e conexão social, níveis de resiliência e satisfação com a vida (McEvoy et al., 2017).

Pode ocorrer em faixa etária variada, porém de acordo com Plener et al. (2015) há um pico na adolescência, por volta dos 15-17 anos de idade. Swannell et al. (2014, p. 280) identificaram que a “prevalência para um único episódio de autolesão não suicida em amostras não clínicas é de 17,2% entre adolescentes, 13,4% entre jovens adultos e 5,5% entre adultos”. Adolescentes pertencentes a minorias de gênero e minorias sexuais têm aproximadamente três vezes mais chances de engajamento em práticas de autolesão, bem como maior tendência a sua repetição (Liu et al., 2019).

No Brasil, as taxas de notificações por autolesões na faixa etária de 10 a 24 anos aumentaram 29% a cada ano entre o período de 2011 e 2022 (Alves et al., 2023). Em contrapartida, há um déficit de formação de profissionais médicos especializados

em psiquiatria da infância e da adolescência no país, ressaltado por Scivoletto et al. (2019) que enfatizam a ausência de diretrizes nacionais para tal treinamento, além de ressaltar a distribuição desigual dos programas de residência em psiquiatria da infância e adolescência no país. Moraes et al. (2008) mostraram que os psiquiatras infantis brasileiros atendiam uma população 20 vezes maior do que a recomendada, com um profissional para cada 621.504 indivíduos, indo de encontro a recomendação da Organização Mundial de Saúde que recomenda um psiquiatra infantil em tempo integral para cada 30.000 crianças e adolescentes.

Diante da relevância dos transtornos mentais na adolescência e da escassez de especialistas, o pediatra assume responsabilidade crescente nesse cuidado. Entretanto, ainda são poucos os estudos que avaliam a capacitação dos residentes de pediatria no Brasil para a abordagem em saúde mental. Em levantamento com médicos residentes, Vasconcelos et al. (2018) observaram que cerca de metade dos atendimentos semanais envolvia transtornos mentais, sendo os mais frequentes os distúrbios de aprendizagem, depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. A maioria dos participantes considerou insuficiente o treinamento recebido durante a residência (58,8%) e relatou insatisfação com a própria abordagem desses casos (76,5%).

A simulação é uma ferramenta de ensino que vem sendo utilizada em diversas áreas, incluindo em treinamento militar e na indústria da aviação, há quase um século, porém só ganhou notoriedade e aceitação no ensino médico nas últimas duas décadas (Aggarwal et al., 2010). É uma excelente estratégia para os educadores da área da saúde, uma vez que permite o treinamento em prática médica em ambiente controlado, sem colocar os pacientes em risco (Lateef, 2010).

Segundo Ojha et al. (2015), houve um crescimento significativo no uso de simuladores e de estudos avaliando a eficácia da simulação no ensino em pediatria desde o início do século XXI, passando a ser uma ferramenta educacional cada vez mais utilizada nos programas de residência pediátrica e em diversos aspectos do seu treinamento, incluindo ressuscitação e manejo de trauma, habilidades procedimentais, gestão de recursos em crises e treinamento em equipe. No entanto, há uma escassez de estudos que explorem seu uso no treinamento de temas relacionados à saúde mental infantil e adolescente, especialmente no contexto das residências de pediatria.

Há oito anos trabalho com atendimento pediátrico e nestes últimos cinco anos, dentro da área de atuação de reumatologia pediátrica, tenho atendido adolescentes em maior número, dado que a maioria das doenças desta especialidade incidem na adolescência. Em meus atendimentos em hospital escola, tenho contato próximo com residentes de pediatria de várias instituições da cidade e venho observando de forma consistente dificuldades em atendimento de adolescentes com queixas relacionadas a saúde mental, desde etapas simples como identificar que o adolescente apresenta sintomas psiquiátricos a dificuldades na condução da anamnese, definição de diagnóstico e condução destes pacientes.

Essas observações suscitaram questionamentos sobre as razões dessa dificuldade: seriam barreiras inerentes à própria entrevista com o adolescente, que muitas vezes oculta sintomas ou apresenta dificuldade de expressá-los? Seria porque o residente enxerga o adoecimento mental como responsabilidade exclusiva do psiquiatra infantil? Ou ainda pela pouca abordagem de temas de saúde mental ao longo da residência? Diante disso, torna-se relevante avaliar como ocorre o processo de ensino e aprendizagem dos residentes em pediatria em relação ao tema, especialmente quando apoiado em metodologias ativas.

Trago, por fim, a pergunta norteadora deste estudo: Como os residentes de pediatria percebem a contribuição da simulação de alta fidelidade para o desenvolvimento e a avaliação de competências clínicas, emocionais e comunicacionais no manejo da autolesão não suicida na adolescência? Parte-se, então, da premissa de que o uso da simulação de alta fidelidade constitui uma ferramenta eficaz para aprimorar habilidades clínicas e comunicacionais dos futuros pediatras, proporcionando um ambiente seguro para a prática e o desenvolvimento de competências no manejo de comportamentos complexos, como a ALNS.

Este estudo insere-se na linha de Avaliação do Ensino e Aprendizagem em Saúde ao analisar a simulação de alta fidelidade como dispositivo pedagógico na formação do pediatra. Propõe-se avaliar sua contribuição para a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades clínicas, emocionais e comunicacionais no manejo da autolesão não suicida em adolescentes, bem como identificar lacunas formativas e propor um produto técnico como estratégia de retroalimentação do processo ensino-aprendizagem em um hospital infantil no Ceará.

2 OBJETIVOS DE PESQUISA

2.1 Objetivo geral

Avaliar a contribuição da simulação de alta fidelidade na formação do pediatra quanto à aprendizagem de habilidades clínicas, emocionais e comunicacionais no manejo da autolesão não suicida em adolescentes em um hospital infantil no Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o processo de ensino-aprendizagem mediado pela simulação de alta fidelidade no manejo da autolesão não suicida em adolescentes.
- Apreender as percepções dos residentes sobre a experiência avaliativa proporcionada pela simulação de alta fidelidade.
- Identificar lacunas formativas, desafios e potenciais avanços revelados pela avaliação do processo ensino-aprendizagem relacionado ao manejo da autolesão não suicida.
- Elaborar um questionário estruturado para caracterização do perfil sociodemográfico, da formação prévia e das experiências dos residentes de pediatria com simulação e com o tema da saúde mental na infância e adolescência.
- Elaborar um produto técnico baseado nas evidências coletadas no processo avaliativo, destinado a apoiar a formação e o desenvolvimento de competências dos residentes de pediatria no manejo da autolesão não suicida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Crise de adoecimento mental entre jovens

A adolescência, período caracterizado por intensas mudanças biopsicossociais, compreende o período da vida que vai de 10 aos 19 anos de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos 12 aos 18 anos para o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Além das mudanças físicas, como aceleração do crescimento, aumento da produção hormonal e desenvolvimento sexual, há também modificações na percepção de si e do mundo, gerando muitas dúvidas e preocupações, sendo ainda característico da adolescência comportamentos como impulsividade, baixa avaliação de riscos das ações, dificuldades para planejar, tomar decisões e controlar as emoções (Quesada et al., 2020).

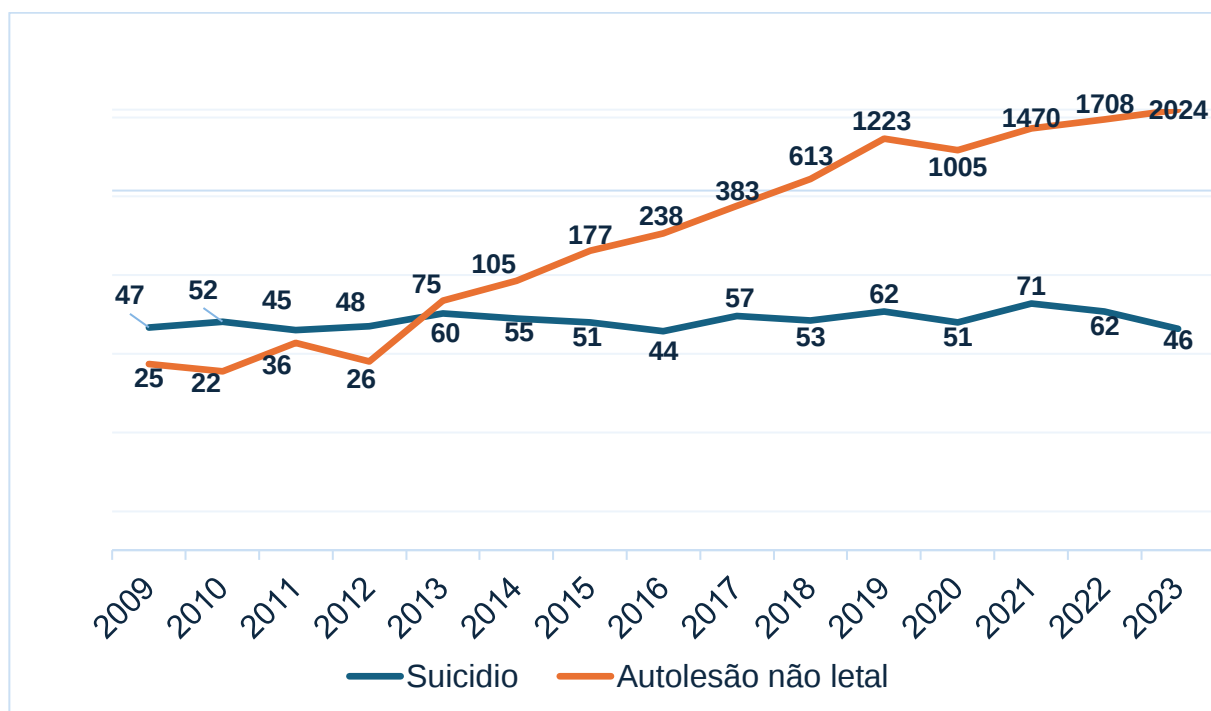
Dados da Organização Pan-Americana de Saúde demonstram que metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos de idade e que em todo o mundo, cerca de 10% a 20% dos adolescentes vivenciam problemas de saúde mental, mas tem diagnóstico e tratamento inadequados. Já dados da OMS (2024) mostram que globalmente um em cada sete adolescentes de 10 a 19 anos sofre de transtornos mentais, sendo a depressão, a ansiedade e os distúrbios comportamentais algumas das principais causas de doenças e incapacidade nessa faixa etária e sendo o suicídio a terceira principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos.

No Brasil, segundo a Folha de São Paulo, a partir de dados da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2013 a 2023, houve uma virada histórica com os registros de ansiedade entre crianças e jovens superando os de adultos pela primeira vez. Entre crianças de dez a 14 anos, há 125,8 atendimentos pelo transtorno a cada 100000, e entre adolescentes, de 157 a cada 100000, enquanto acima dos 20 anos, há 112,5 atendimentos a cada 100000.

No Ceará, segundo reportagem do Diário do Nordeste através de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) coletados pelo Ministério da Saúde (MS), a cada 24 horas a rede ambulatorial do SUS atendeu uma média de 13 adolescentes cearenses de zero a 19 anos, somando mais de 3000 atendimentos por transtorno ansioso no estado entre janeiro e agosto de 2024 e 5063 assistências em 2023. Em relação a mortes por suicídio entre jovens cearenses de 10 a 19 anos, detectou-se o maior número dos últimos 15 anos em 2021 e quanto ao número de notificação de

autolesão não letal, houve aumento de quase 30 vezes em 2023 em relação a 2013, conforme exposto na figura 1.

Figura 1 - Número de óbitos por suicídio e de autolesão não letal notificados entre adolescentes de 10 a 14 anos, Ceará, 2009 a 2023



Fonte: elaborado pelo próprio autor a partir de dados do Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS).

Há inúmeros fatores que contribuíram para escalada de transtornos mentais entre jovens ocorrida nos últimos anos. Diversos autores citam como principais determinantes para este fenômeno o tempo de tela e de redes sociais excessivo, o ritmo de vida familiar acelerado, a pressão ascendente por melhor rendimento escolar, a perda de familiares e amigos e o medo do adoecimento, bem como o isolamento social determinados pela pandemia do Coronavírus-2019 (COVID-19) (Yu et al., 2024; Blackwell et al., 2024; Bai et al., 2022).

Outros fatores que afetam a saúde mental dos jovens incluem exposição às situações adversas, pressão para adaptação entre os pares, exploração da identidade, normas de gênero, relacionamento com os colegas, violência física e/ou mental, criação rígida e problemas socioeconômicos graves (OMS, 2024). As consequências de condições de saúde mental não adequadamente diagnosticadas e tratadas na adolescência incluem dificuldades de aprendizagem, comportamentos de risco, como abuso de substâncias, problemas de saúde física, exclusão social,

discriminação e estigmatização, que afetam a disposição por busca de ajuda (Gupta et al., 2024).

Atualmente, existem 314 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) no Brasil, com atendimento para crianças e jovens até 17 anos de idade que apresentem transtornos mentais graves e persistentes, além de abuso de substâncias. Menos de 10 unidades estão presentes no Ceará e há apenas três na capital. Segundo o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA), o tempo de espera para conseguir atendimento especializado nos CAPSi de Fortaleza pode ultrapassar seis meses, uma vez que o quantitativo ideal de unidades para abranger de forma adequada a população fortalezense seria 16 centros segundo recomendações de portaria do Ministério da Saúde (Portaria nº 1947/GM de outubro de 2003).

3.2 Autolesão não suicida na adolescência

Segundo o DSM-5 (2013), a autolesão não suicida inclui os seguintes critérios centrais: prática de autolesão em cinco ou mais dias no último ano, causando dano físico superficial ou moderado, sem intenção suicida. O comportamento é realizado com uma ou mais das seguintes finalidades: alívio de sentimentos negativos ou cognitivos, resolução de uma dificuldade interpessoal ou indução de um estado emocional positivo; e está associado a pelo menos um dos seguintes: dificuldade emocional ou pensamentos negativos antes do ato, foco intenso no comportamento antes de realizá-lo, desejo de se engajar na autolesão com frequência ou pensar sobre autolesão mesmo quando não praticado.

Além disso, ainda dentro dos critérios centrais do DSM-5, a ALNS não deve ocorrer exclusivamente durante episódios de psicose, delírio ou intoxicação, não corresponde a práticas socialmente aceitas como tatuagens ou piercings, causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional e não é melhor explicado por outros transtornos mentais ou condições do neurodesenvolvimento.

Ao comparar estudos em diferentes faixas etárias, há uma prevalência mais alta de autolesão não suicida ao longo da vida dos adolescentes do que os adultos. A idade de início se dá habitualmente entre o 11º e o 15º ano de vida (Scoot et al., 2015), com taxas mais elevadas em adolescentes do sexo feminino (Moloney et al., 2024). Os métodos mais comuns são cortar, arranhar, bater ou golpear, queimar e raspar,

ocorrendo de forma repetitiva em cerca de 50% dos casos e podendo haver variações nas formas de lesões (Brown; Plener, 2017).

São descritas diferenças na manifestação da autolesão entre os gêneros: meninas tendem a cortar-se e coçar-se excessivamente com objetivo de regulação afetiva, com prática de forma privada e maior dificuldade de perceberem a autolesão como um problema; já os meninos tendem a socar objetos com intenção de se machucar, com objetivo de estimulação para obter mais energia e costumam se machucar na presença de outras pessoas, inclusive permitindo que outros os causem ferimentos (Whitlock et al., 2011).

Tilton-Weaver, Marshall e Svensson (2025) analisaram longitudinalmente uma amostra de adolescentes suecos e identificaram três perfis de autolesão não suicida: uso muito baixo, uso moderado de métodos típicos (como cortes e arranhões) e uso múltiplo e frequente. Observou-se predominância feminina nos grupos de maior gravidade e associação com desregulação emocional e estressores interpessoais. Parte dos adolescentes migrou entre os perfis ao longo do tempo, indicando que os comportamentos de autolesão podem se intensificar ou se diversificar, o que reforça a necessidade de considerar a variedade e a frequência dos métodos na avaliação do risco clínico.

Há uma ampla gama de funções para ALNS na adolescência: as interpessoais, como busca por autonomia, limites interpessoais, vínculo com pares, vingança, autocuidado, busca por sensações e resistência, e as intrapessoais, como regulação afetiva, anti-dissociação, anti-suicídio e auto-punição, sendo a principal o alívio de emoções negativas (Case et al., 2019).

De uma forma geral, ao se machucar, o adolescente que pratica automutilação tem sua dor emocional ofuscada pela dor física, dando uma impressão de alívio temporário. Muitos podem ainda adotar essa prática por imitação ou para entrar em algum grupo e pertencer a ele. É importante reforçar que a automutilação raramente é uma forma de chamar atenção e sim uma forma de pedido de socorro do adolescente, que pode experimentar vergonha, medo e constrangimento, impedindo busca de ajuda e tratamento (Quesada et al., 2020).

Os adolescentes que se automutilam em geral não têm intenção de autoextermínio, porém pensamentos suicidas podem surgir, com possível evolução

para uma tentativa de suicídio entre 50% e 75% das pessoas com histórico de ALNS (Poudel et al., 2022). Portanto, é necessário buscar intencionalidade e risco de suicídio na avaliação destes pacientes, devendo-se questionar tentativas suicidas prévias, pensamentos de acabar com a própria vida, existência de plano suicida, acesso a métodos letais e expectativas futuras e razões para viver (Silva, dos Santos, Vedana, 2022). Entre outros desfechos para estes pacientes, há ainda riscos elevados de evolução com transtornos por uso de álcool/substâncias e maior necessidade de internação psiquiátrica (Bjureberg et al., 2022).

Embora haja associação com doença mental, o comportamento autolesivo não está necessariamente associado a um transtorno psiquiátrico. A gravidade dos problemas emocionais e mentais não apresenta relação direta com a gravidade das lesões autoprovocadas, porém deve-se avaliar a severidade das lesões devido ao risco de complicações no local das feridas (Quesada et al., 2020).

Kim et al. (2025) realizaram uma revisão integrativa sobre comportamentos de busca de ajuda entre adolescentes e jovens adultos que praticam autolesão não suicida. O estudo identificou que o medo de julgamento, o estigma e a baixa percepção de necessidade são as principais barreiras ao acesso ao cuidado, enquanto o apoio de pares e profissionais empáticos favorece a procura de ajuda. Os autores ressaltam a importância da capacitação de profissionais de saúde para promover abordagens acolhedoras e reduzir o estigma associado à ALNS.

O acompanhamento dos adolescentes com ALNS pode ser feito de maneira individual ou em grupo, devendo focar no bem-estar, autoestima, estratégias de enfrentamento, emoções positivas, atividades físicas e participação em grupos de apoio social. Estudos indicam que terapias como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia Dialético-Comportamental (TDC) e Terapia Focada na Compaixão (TFC) são eficazes no tratamento de autolesões não suicidas (Flaherty, 2018).

Métodos como *mindfulness* poderão ser utilizados como perspectivas futuras para cultivar habilidades de regulação emocional, a fim de reduzir a incidência de autolesão não suicida e suicídio em adolescentes (Zheng et al., 2023). He et al. (2025) realizaram uma metanálise de estudos longitudinais para avaliar a impulsividade como fator de risco para autolesão não suicida em adolescentes. Os autores destacam a importância de intervenções voltadas ao controle da impulsividade para prevenir a

recorrência desses comportamentos. Ainda não há evidências robustas sobre o uso de medicamentos psiquiátricos para o tratamento da ALNS em adolescentes (Brown; Plener, 2017).

3.3 O papel e as dificuldades do pediatra no atendimento em saúde mental

Discussões acerca do papel do pediatra na prestação de serviços de saúde mental às crianças iniciaram-se muitas décadas antes da instituição das primeiras políticas de saúde mental na infância e adolescência no Brasil no início dos anos 2000. Os problemas de acesso ao apoio à saúde mental não são novos, mas se agravaram durante e após a pandemia de COVID-19, tornando o acesso rápido ao suporte especializado uma realidade difícil de ser atingida a nível de serviço público no país (Lucas et al., 2020).

A discussão sobre os cuidados do pediatra nos problemas de saúde mental torna-se então atemporal e ainda mais relevante diante da epidemia de adoecimento mental da juventude e das dificuldades de acesso ao atendimento psiquiátrico infantil, já descritos anteriormente. Em 2013, o Conselho Americano de Pediatria lançou as atividades confiáveis ou atividades cotidianas do pediatra, caracterizadas como um conjunto de atividades que um pediatra geral deve ser capaz de realizar com segurança e eficácia, dentre as quais estão a avaliação e o gerenciamento de pacientes com problemas comportamentais e de saúde mental comuns (Ragunathan; Frosch; Solomon, 2017).

Em fevereiro de 2024, a Equipe de Política de Saúde do Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), órgão profissional responsável pela formação de pediatras no Reino Unido fundado em 1996, lançou uma declaração de posição sobre o papel do pediatra na saúde mental de jovens e crianças, embasada em recomendações do National Institute of Health (NIH), afirmando que:

Os pediatras estão em uma posição única para apoiar a saúde mental infantil e podem desempenhar um papel crucial em cinco áreas-chave: promoção da saúde, reconhecimento precoce, encaminhamentos adequados e fornecimento de cuidados holísticos e integrados. Eles têm um papel essencial em identificar e apoiar as necessidades de saúde mental das crianças desde cedo, garantindo uma abordagem contínua e coordenada para o bem-estar mental infantil (RCPCH, 2024).

Ainda segundo o posicionamento do RCPCH (2024), a identificação precoce de questões de saúde mental em crianças e adolescentes pelos pediatras é um dos pilares do atendimento pediátrico em saúde mental. Além de promoverem hábitos saudáveis, como o sono adequado e a atividade física, esses profissionais devem ser capazes de reconhecer sinais de problemas emocionais e comportamentais, oferecendo intervenções adequadas ou encaminhamentos para serviços especializados. Também devem saber atuar de forma integrada com equipes de saúde mental, garantindo um atendimento contínuo e abrangente. Em situações de crise, como internações ou emergências, os pediatras devem seguir práticas baseadas nas melhores orientações legais e éticas, assegurando a proteção dos direitos das crianças.

Por fim, o RCPCH (2024) preconiza que os pediatras devem estar preparados para oferecer suporte adequado a crianças e adolescentes com dificuldades emocionais e comportamentais, principalmente aquelas com condições crônicas de saúde, bem como realizar triagens regulares para identificar problemas de saúde mental em pacientes com fatores de risco. Devem também ter a capacidade de explicar de forma clara a relação entre corpo e mente para as crianças, jovens e suas famílias, e evitar investigações ou tratamentos desnecessários quando a avaliação sugere alternativas mais adequadas de apoio.

Muitas vezes o pediatra não valoriza a queixa psiquiátrica na tentativa de não rotular os pacientes ou pouco reconhece o transtorno mental na infância e adolescência. Esse reconhecimento insuficiente tem relação com o próprio processo da consulta médica, que é focada em achados de sinais e sintomas que devem ser confirmados ao exame físico ou em exames laboratoriais que complementam a investigação (Menezes, Mello, Impagliazzo, 2012).

3.4 Ensino em saúde mental na residência em pediatria

Cinco anos após as recomendações do Conselho Americano de Pediatria, apenas 45% dos diretores de programas pediátricos dos Estados Unidos reconheciam as competências relacionadas aos temas de comportamento e saúde mental (Harris et al., 2019). Tanto preceptores quanto residentes de pediatria identificaram lacunas na educação nesta área, seja em conhecimento ou em conforto e confiança ao lidar com pacientes deste perfil, levando a uma tendência a ignorar questões de saúde

mental (Manning et al., 2023). Segundo McMillan et al. (2016), “65% dos pediatras pesquisados pela Academia Americana de Pediatria relataram não receber treinamento adequado para reconhecer e tratar problemas de saúde mental”.

No Brasil, em 2016, a resolução número um da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) caracterizou a residência médica (RM) em pediatria como sendo obrigatoriamente de três anos a partir de 2019. De acordo com a resolução, a matriz de competências das residências de pediatria estabelece que, no primeiro ano, o residente deve reconhecer a importância das condições ambientais, psicológicas e socioculturais no atendimento de crianças e adolescentes. Já no segundo ano da RM, o foco é no desenvolvimento de habilidades para diagnosticar e tratar problemas comuns de saúde mental. No terceiro ano, preconiza-se que o residente consiga reconhecer e tratar os problemas mais prevalentes de saúde mental e distúrbios comportamentais.

Em 2018, foi publicado estudo com dados coletados entre 197 preceptores de residências médicas de pediatria de todo o Brasil sobre as dificuldades esperadas para a implantação do novo programa estabelecido em 2016, considerando a criação de algumas obrigаторiedades de treinamento em áreas pouco ou não contempladas anteriormente. Procurando-se saber quais dessas áreas poderiam gerar dificuldade na implantação, observou-se, em termos nacionais, que a saúde mental foi a área que mais gerou respostas de dificuldade (59,8%) (Carvalho; Wuillaume; Silva, 2020). Ainda em 2018, estudo em centro único brasileiro relatou insuficiência do treinamento para abordagem de distúrbios psiquiátricos em crianças e adolescentes em quase 60% dos residentes entrevistados (Vasconcelos et al., 2018).

Em relação ao comportamento de autoagressão na infância e adolescência, há estudo qualitativo de 2019 envolvendo residentes de pediatria de cinco centros de residência médica do Rio de Janeiro identificando vazios curriculares nos programas de residência médica sobre o comportamento suicida na infância e na adolescência (Silva Filho, 2019). Até o presente momento, não foram identificados estudos brasileiros envolvendo o tema autolesão não-suicida na residência pediátrica.

Em relação à residência de pediatria no estado do Ceará, o programa do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), principal hospital pediátrico terciário do estado do Ceará, inclui obrigatoriamente uma rotação em psiquiatria infantil no Hospital de

Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Durante o terceiro ano de residência, os residentes passam um mês no HSM, onde têm a oportunidade de atender e observar atendimento por especialistas em psiquiatria em infantil e da adolescência de pacientes em contextos específicos relacionados à saúde mental.

Embora o HIAS apresente serviço próprio de psiquiatria infantil e do adolescente, pela pequena quantidade de profissionais e alta demanda de pacientes, o contato com o psiquiatra infantil do próprio hospital ao longo dos demais meses da residência é pouco frequente, restringindo-se a momentos de parecer de pacientes internados nas enfermarias de pediatria geral ou de especialidades (que não inclui psiquiatria) e em alguns turnos na rotação de ambulatórios de especialidades durante 30 dias do primeiro ano de residência.

Ainda reforçando o déficit de ensino em temas de comportamento e saúde mental da infância, pontuo que a primeira vez que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) incluiu o tema da saúde mental entre crianças e jovens no Tratado de Pediatria, principal publicação direcionada aos pediatras e hebiatras do país, foi apenas em 2021.

A maioria dos pediatras não tem, portanto, em sua formação acadêmica oportunidade de discutir temas e vivenciar problemas de ordem mental infanto-juvenil, não dominando instrumentos claros de como intervir nessas questões (Menezes, Mello, Impagliazzo, 2012).

3.5 Simulação como ferramenta de ensino na residência em pediatria

A simulação é uma metodologia ativa de ensino que permite o treinamento médico em condições reais, com simuladores ou atores, de forma interativa (Campanati et al., 2021). Com as restrições de carga horária no treinamento de residência, os residentes de várias especialidades médicas, incluindo a pediatria, têm menor contato com certas habilidades práticas necessárias para sua futura atuação, além de terem uma exposição reduzida a uma variedade de situações clínicas. Por isso, a simulação, em formas de baixa fidelidade, alta fidelidade e pacientes padronizados, tornou-se parte do treinamento de residência em muitos países, especialmente na medicina de cuidados intensivos e emergenciais (Alves et al., 2021).

Desde o início dos anos 2000, houve um foco significativo em simuladores pediátricos realistas e um número crescente de estudos avaliando a eficácia da simulação na pediatria como uma ferramenta educacional. Muitos programas de residência pediátrica ao redor do mundo começaram a usar a simulação como método para educação em procedimentos e ressuscitação. Ela tem sido utilizada em diversos aspectos do treinamento pediátrico, incluindo ressuscitação e manejo de trauma, habilidades procedurais, gestão de recursos em crises e treinamento de equipes (Ojha, et al, 2015). Todavia, não há menção ao uso de simulação em qualquer área da pediatria na última matriz curricular da residência médica pediátrica publicada através da resolução número 1/2016 da CNRM (Brasil, 2016).

No mercado há vários manequins de simuladores de alta fidelidade pediátricos e neonatais, como o SimJunior® (Laerdal, Wappingers Falls, Nova York) e o Newborn HAL® S3010 (Gaumard, Miami, FL), os quais também podem simular sons cardíacos e fornecer outros sinais clínicos vitais, fornecendo informações em tempo real. Dessa forma, foram desenvolvidos programas de treinamento específicos de situações emergenciais em pediatria, incluindo a reanimação: Advance Pediatric Life Support (APLS), Pediatric Advanced Life Support (PALS) e Neonatal Resuscitation Program (NRP) (Alves et al., 2021). Ainda assim, estes programas não estão inclusos nos requisitos mínimos para o programa de residência em pediatria da CNRM e reforçados pela SBP e Associação Médica Brasileira.

A avaliação em ambiente simulado já vem sendo utilizada nas disciplinas e internatos em pediatria em várias faculdades de medicina do país, tendo como uma de suas vantagens a padronização de avaliação entre os alunos em comparação a avaliação em ambiente real, uma vez que neste último é necessária cooperação do paciente pediátrico, o que nem sempre é possível em uma criança enferma.

A utilização de atores mirins na simulação amplia seu realismo, porém deve-se levar em conta a idade da criança, aspectos éticos envolvendo múltiplos examinadores e a disponibilidade de participação. Nesse contexto, o uso de vídeos, fotografias, imagens radiológicas, exames laboratoriais, gráficos e manequins são instrumentos facilitadores da elaboração de casos simulados, fornecendo um instrumento sólido para avaliação das habilidades clínicas (Iampolsky, Machado, 2020). A American Board of Pediatric coloca o Exame Clínico Objetivo Estruturado

(OSCE) como uma avaliação padrão capaz de determinar os níveis de competência para a formação do pediatra (Guiñazú et al., 2018).

No entanto, apesar de haver centenas de publicações desde os anos 1990 sugerindo cenários de OSCE para avaliação de residentes de pediatria, também não há menção sobre o uso desta forma de avaliação seja nos requisitos mínimos ou na matriz curricular da residência em pediatria no Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Christus - Unichristus, sob o parecer de número 7.044.417 (Anexos A e B). Todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS), que regula pesquisas com seres humanos, foram rigorosamente seguidos. Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e os procedimentos de coleta de dados, especialmente em relação ao uso de entrevistas. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C).

4.2 Tipo de estudo

A metodologia adotada neste estudo fundamenta-se na abordagem qualitativa, que busca compreender fenômenos em profundidade, considerando o contexto social, as percepções e o envolvimento dos participantes. De acordo com Minayo (2009), a objetividade plena não é possível nesse tipo de investigação, uma vez que a realidade não pode ser representada de forma absoluta. Assim, a pesquisa qualitativa volta-se a interpretar significados, experiências e sentidos atribuídos pelos sujeitos, permitindo compreender como vivenciam e elaboram determinadas situações no seu cotidiano. Nessa perspectiva, conforme destacam Rodrigues, Oliveira e Santos (2021), o foco recai na compreensão do fenômeno tal como é percebido pelos participantes, valorizando suas narrativas e subjetividades.

4.3 Cenário e período do estudo

A presente pesquisa foi realizada em duas fases, envolvendo os mesmos sujeitos de pesquisa, médicos residentes de pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin, no período de novembro de 2024 a março de 2025, ocorrendo em parte nos laboratórios de simulação do curso de Medicina da Universidade Christus (Unichristus).

O Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), localizado em Fortaleza, Ceará, é uma instituição de referência em pediatria no estado, fundado em 1952. Atualmente, o hospital dispõe de 267 leitos de internação e mensalmente, realiza em média 850 internações, 17 mil consultas ambulatoriais e 7 mil atendimentos na emergência de

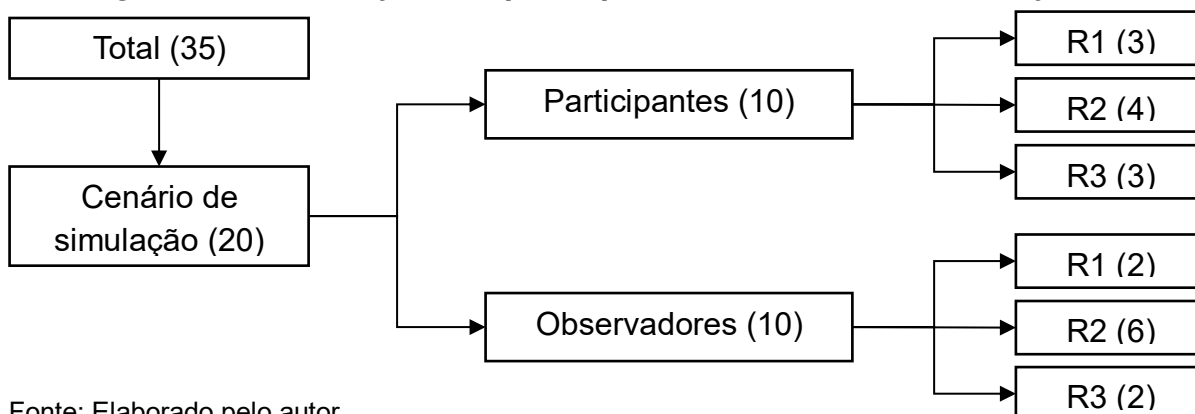
crianças e adolescentes até 17 anos, inclusive. Iniciou seu programa de residência médica em pediatria em 1977, oferecendo o maior número de vagas para residência em pediatria no estado do Ceará, com 12 novos residentes por ano e programa de três anos de duração. Além disso, recebe residentes de outras instituições de residência do estado.

A Universidade Christus é uma instituição privada que oferece 29 cursos de graduação em diversas áreas, além de programas de pós-graduação lato sensu e stricto sensu. O curso de Medicina deste centro, fundado em 2006, adota metodologia de ensino híbrida, envolvendo o método tradicional de ensino com metodologias ativas. Como tal, incorpora a simulação realística como ferramenta pedagógica essencial em seus cursos da área da saúde, com iniciativas como o Hospital de Assistência Integral Simulada, que oferece aos estudantes a oportunidade de vivenciar a dinâmica de um hospital real, e o Núcleo de Habilidades e Atitudes, equipado com diversas salas de simulação, incluindo bonecos e simuladores computadorizados, além de ambientes específicos para treinamento de competências clínicas desde a anamnese até procedimentos intervencionistas, utilizando atores e cenários de casos.

4.4 Sujeitos da pesquisa

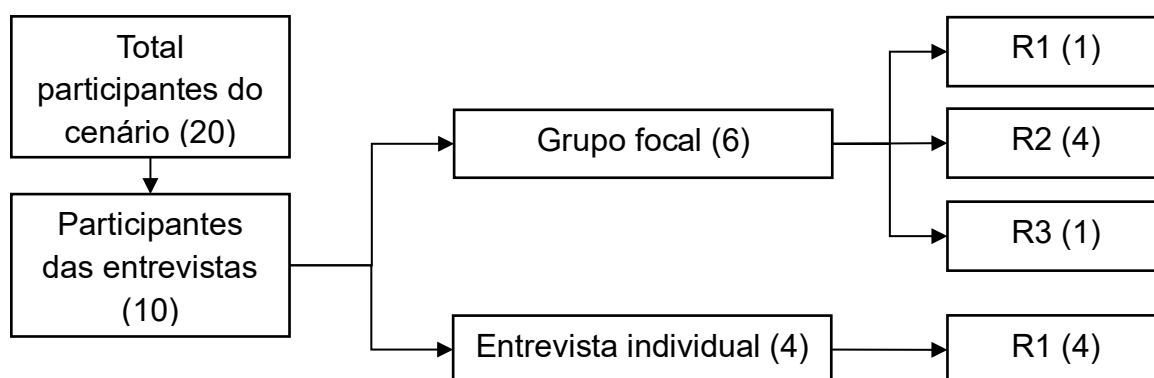
Os sujeitos da pesquisa foram 35 residentes de pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin, totalizando 11 residentes do primeiro ano (R1) de formação, 12 do segundo (R2) e 12 do terceiro (R3). Vinte destes residentes participaram de um cenário de simulação de alta fidelidade previamente validado, conforme descrito na figura 2:

Figura 2 – Distribuição dos participantes do cenário de simulação.



Entre os 20 participantes da simulação, 10 concordaram em participar das entrevistas. Seis residentes — uma do primeiro ano, quatro do segundo e uma do terceiro — compuseram o grupo focal, enquanto quatro residentes do primeiro ano participaram de entrevistas individuais. A distribuição dos participantes está apresentada na figura 3.

Figura 3 – Distribuição dos participantes nas entrevistas.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, o estudo contou com 10 residentes entrevistados, sendo cinco do primeiro ano, quatro do segundo e uma do terceiro.

4.5 Instrumentos de pesquisa

Todos os 35 residentes responderam ao Questionário Sobre Simulação e Saúde Mental na Pediatria (Apêndice A), instrumento elaborado pelos autores que contemplou informações sociodemográficas, trajetória formativa, experiências prévias com simulação e contato com temas de saúde mental e autolesão não suicida durante a residência. Os dados quantitativos provenientes desse questionário foram utilizados exclusivamente para a caracterização da amostra e compõem um braço distinto da pesquisa, cujos resultados foram publicados em artigo específico (Almeida; Kubrusly; Augusto, 2025), anexado a esta dissertação como Anexo G. Assim, tais dados não integram o corpus analítico do presente estudo, de natureza qualitativa.

Dos 35 residentes, 20 participaram de um cenário de simulação de alta fidelidade validado, aplicado entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, que retratou a assistência a uma adolescente com autolesão não suicida (Anexo D). O cenário contemplou aspectos clínicos e psicossociais relevantes, com participação de uma

atriz previamente treinada, um coordenador de simulação, os residentes participantes e observadores envolvidos no debriefing (Ramos et al., 2023). Para a utilização do referido cenário neste estudo, foi previamente obtida autorização de uma das autoras responsáveis por sua elaboração (Anexo E).

O roteiro do cenário incluiu um exame clínico objetivo estruturado, que avaliou competências relacionadas à escuta sem julgamento, identificação do padrão de lesões, avaliação do risco de suicídio e outras dimensões essenciais ao manejo da autolesão não suicida (Ramos et al., 2023). Após o atendimento, realizou-se o debriefing, composto pelas fases descritiva, analítica e de aplicação, voltadas à reflexão crítica e ao aperfeiçoamento da prática (Ramos et al., 2023).

Concluída a simulação, os residentes responderam à *Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem* (Anexo F), instrumento validado composto por 13 itens distribuídos em duas dimensões (satisfação e autoconfiança) (ALMEIDA et al., 2015). Assim como o questionário inicial, os dados dessa escala, também descritos no artigo constante no Anexo G, foram utilizados apenas para registro da experiência dos residentes, não integrando o corpus analítico da pesquisa.

Para a produção dos dados qualitativos, utilizaram-se grupo focal e entrevistas individuais. O grupo focal, entendido como técnica que privilegia a interação e a construção coletiva de sentidos, favorece a expressão de perspectivas, a reflexão conjunta e a elaboração crítica dos participantes sobre o fenômeno estudado (Backes et al., 2011; Ressel et al., 2008; Bomfim Trad, 2009). Essa abordagem utiliza amostragem intencional, recomenda grupos de seis a quinze participantes e encontros com duração aproximada de uma a duas horas (Debus, 2004).

As entrevistas individuais, por sua vez, permitem explorar em profundidade significados e experiências, sendo especialmente indicadas para temas sensíveis e para captar nuances que podem não emergir em grupo (Fraser; Gondim, 2004). Tanto no grupo focal quanto nas entrevistas individuais foi adotado um roteiro semiestruturado, que combina direcionamento temático e liberdade de fala, permitindo aprofundar a compreensão dos sentidos atribuídos pelos participantes (Minayo, 2001).

A opção pelo grupo focal e pelas entrevistas semiestruturadas justifica-se pela necessidade de explorar em profundidade os significados atribuídos pelos residentes à experiência simulada, permitindo captar tanto construções coletivas quanto nuances

individuais que não emergem em contextos exclusivamente grupais. Essa combinação de técnicas fortalece a compreensão do fenômeno e amplia a densidade interpretativa dos dados.

4.6 Procedimento de coleta de dados

A aplicação do Questionário Sobre Simulação e Saúde Mental na Pediatria ocorreu via Google Forms, enviado por e-mail após assinatura do TCLE e orientação inicial sobre a pesquisa. Foi disponibilizado material de apoio aos residentes uma semana antes da simulação. Entre os 20 residentes que participaram do cenário de alta fidelidade, 10 atuaram como participantes — três do terceiro ano, três do segundo e quatro do primeiro — enquanto os demais exerceram o papel de observadores. Todos os residentes do terceiro ano já haviam concluído a rotação em psiquiatria infantil e da adolescência.

O cenário contou com a participação de uma atriz treinada, vinculada à Unichristus, com formação em psicologia e experiência prévia em contextos clínicos e institucionais relacionados à saúde mental de adolescentes. O mesmo elenco e estrutura foram mantidos em todas as aplicações.

As simulações ocorreram entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, distribuídas em quatro dias, alternando entre o laboratório de simulação da Unichristus e uma sala ambulatorial do Hospital Infantil Albert Sabin, conforme disponibilidade dos residentes. Após cada atendimento, realizou-se o debriefing imediato e em seguida, ocorreu a aplicação da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem através de Google Forms, enviado por meio eletrônico. Tanto as simulações quanto o debriefing foram registrados em áudio e posteriormente transcritos.

Para a geração dos dados qualitativos, foram elaboradas entrevistas semiestruturadas aplicadas em grupo focal e formato individual. O grupo focal foi aplicado em uma sala de conferência de uma instituição de ensino superior em fevereiro de 2025. A aplicação foi realizada pela pesquisadora, após explicação dos objetivos da atividade, e por uma moderadora com experiência nesta técnica de coleta de dados, que também monitorizou as gravações e o tempo e realizou registros fotográficos. Foram utilizados gravador de áudio e placas com frases relacionadas com o tema.

A aplicação do grupo focal se deu em três blocos. O primeiro bloco abordou o tema ensino em saúde mental na residência pediátrica, sendo discutido o tempo de início da abordagem do tema saúde mental na residência, a duração do rodízio de psiquiatria da infância e adolescência, ocorrência de atividades teóricas sobre saúde mental na residência, contato direto com o paciente no rodízio de psiquiatria infantil, abordagem de temas de saúde mental em outros rodízios não relacionados a psiquiatria e habilidades e competências no cuidado ao adolescente com queixas psiquiátricas.

O segundo bloco do grupo focal abordou a autolesão não suicida na adolescência, desde conhecimentos sobre fatores para ALNS, domínio no seu diagnóstico, coleta da anamnese do adolescente com autolesão, identificação de recorrência e comportamento de risco, detecção de cuidados pós-lesão, papel do pediatra no cuidado do adolescente com ALNS ao sigilo médico-adolescente. Por fim, o terceiro e último bloco do grupo focal foi relacionado ao tema simulações na residência em pediatria, sendo abordados os subtemas: vivências de simulações e relevância das mesmas na residência pediátrica, uso de simulações para ensino em saúde mental na infância e adolescência, pontos positivos e negativos do cenário de simulação para assistência ao adolescente com ALNS e inserção da simulação na matriz de competência da residência em pediatria.

Já as entrevistas individuais foram realizadas no Hospital Infantil Albert Sabin, também em fevereiro de 2025, com registro de áudio em gravações. As falas foram identificadas pela letra “P” e pelo ano de residência (“R1”, “R2” ou “R3”).

4.7 Análise de dados

Para a interpretação dos dados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme proposta clássica de Bardin (2016). Segundo a autora, a função primordial da análise de conteúdo é o desvendar crítico, sendo definida como “um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”.

O objetivo da análise de conteúdo é investigar os significados atribuídos pelos participantes em estudos qualitativos e quantitativos sobre um determinado tema, problema ou fenômeno. Para isso, utiliza-se um conjunto estruturado de técnicas de análise da comunicação, aplicadas de forma sistemática e objetiva. Esse processo

permite identificar indicadores, quantitativos ou não, que auxiliam na compreensão das condições de produção e recepção das mensagens (Bardin, 2016).

Essa técnica de análise é amplamente utilizada em pesquisas sociais, humanas e educacionais, permitindo a compreensão dos significados expressos na fala, indo além da objetividade das palavras. Conforme Minayo (2014), seu objetivo é estruturar e interpretar os dados, identificando padrões e conexões com o referencial teórico. Ao confrontar novas informações com dados já existentes, é possível estabelecer comparações e reconhecer recorrências (Gil, 2008), sejam elas verbais ou não-verbais.

A análise de conteúdo, segundo Carlomagno e Rocha (2016), organiza e categoriza diferentes tipos de conteúdo, destacando elementos-chave para facilitar comparações e gerar novos conhecimentos. De acordo com Bardin (2016), esse processo ocorre por meio da produção de inferências, permitindo uma interpretação sistematizada das mensagens presentes nos dados.

A análise temática, conforme Minayo (2014), envolve três fases. A primeira é a pré-análise, que inclui a leitura flutuante, a definição do corpus de dados e a reformulação de hipóteses e objetivos. Também são definidos os critérios de categorização, unidades de registro e contexto, e os conceitos teóricos que guiarão a análise. A segunda fase envolve a exploração do material, focando na classificação e identificação de expressões ou palavras-chave, que formam as categorias de análise. Por fim, a terceira etapa trata da interpretação dos dados, com inferências e conexões com o referencial teórico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados produzidos neste estudo parte de uma perspectiva interpretativa, na qual os resultados são compreendidos a partir dos sentidos atribuídos pelos próprios participantes às experiências vivenciadas no contexto da simulação.

Dessa forma, os achados apresentados resultam da interpretação das narrativas dos residentes, considerando o contexto específico da simulação e da formação em residência pediátrica, não sendo tratados como relatos isolados ou desvinculados da experiência formativa vivenciada. A leitura dos resultados buscou apreender esses significados em sua complexidade, considerando as interações, percepções e reflexões expressas pelos participantes, em consonância com a abordagem interpretativa proposta por Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (2006).

Nesse sentido, optou-se por apresentar os resultados de forma articulada à sua discussão, entendendo que, na pesquisa qualitativa, a interpretação constitui parte indissociável do processo analítico. A organização do material empírico em categorias e subcategorias permitiu identificar temas recorrentes e aspectos relevantes das percepções dos residentes, preservando suas falas e favorecendo uma compreensão mais aprofundada do fenômeno investigado. A análise desenvolvida buscou, assim, dialogar com o referencial teórico adotado, ampliando a compreensão dos achados e contribuindo para a reflexão sobre a formação em saúde mental na residência pediátrica, conforme orienta John W. Creswell (2014).

A análise revelou três categorias principais: ensino em saúde mental na residência pediátrica, autolesão não suicida na adolescência e simulação na residência em pediatria (Quadro 1). Essas dimensões se entrelaçam ao evidenciar tanto lacunas formativas quanto o potencial da simulação de alta fidelidade como ferramenta de aprendizagem significativa no ensino médico e serão detalhadas a seguir.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias emergentes da análise qualitativa

Categorias	Subcategorias
Ensino em Saúde Mental na Residência Pediátrica	1. Oferta de conteúdo teórico e prático; 2. Contato com o tema; 3. Contato com pacientes psiquiátricos; 4. Competência do pediatra; 5. Demanda dos residentes.
Autolesão Não Suicida na Adolescência	1. Diagnóstico de autolesão; 2. Anamnese do adolescente; 3. Cuidados pós-lesão; 4. Fatores de risco; 5. Sigilo médico; 6. Papel do pediatra
Simulação na Residência de Pediatria	1. Vivências prévias; 2. Impacto do cenário de abordagem da ALNS; 3. Feedback da simulação aplicada; 4. Valorização da simulação

Fonte: Elaborado pelos autores

A organização dessas percepções resultou em subcategorias e códigos para cada categoria apresentados nos Quadros 2, 3 e 4, ilustrados por recortes representativos das falas dos participantes.

Quadro 2 - Categoria: Ensino em Saúde Mental na Residência Pediátrica

Subcategoria	Código	Exemplo de Citação
Oferta de conteúdo teórico e prático	Poucas aulas sobre o tema	Praticamente não tivemos aulas de saúde mental infantil (P1-R3). Eu só me lembro de uma aula (P6 - R2).
	Aula isolada foi útil	Tivemos uma aula com o psiquiatra que foi muito boa, mas superficial (P7-R1).
Contato com o tema	Início tardio do contato com saúde mental	A gente só roda no Mental no R3 (P5-R2). A gente não entrou especificamente em nenhum rodízio de psiquiatria até o R3 (P6-R2). No R1 a gente tem pouquíssimo contato com a psiquiatria (P4 - R2). A abordagem de saúde mental é muito deixada para o rodízio de saúde mental (P9-R1).
Contato com pacientes psiquiátricos	Vivência prática em outros rodízios	Na Reumato e na Onco vemos muito sofrimento mental associado às doenças crônicas (P3-R2).
	Curta duração do rodízio de saúde mental	Não acredito que esse tempo no rodízio atual seja oportuno (P9 - R1). É só um mês... acho pouco (P7 - R1).
Competência do pediatra	Sensação de despreparo	Eu não me sinto preparada (P9-R1). Tenho a sensação de que não vou estar preparada nesse próximo ano (P6 - R2). Se não nos preparam, não estaremos prontos quando acontecer (P1-R3).
Demanda dos residentes	Interesse por saúde mental	Foi uma aula com adesão imensa, a gente pediu mais temas (P2-R1). Me questiono, por que que faz um momento de ensino com simulação (P8-R1).
	Estranhamento do tema	A gente procurou ter várias aulinhas extras e nenhuma delas foi saúde mental (P1 - R3).

Fonte: Elaborado pelos autores

Quadro 3 - Categoria: Autolesão Não Suicida na Adolescência

Subcategoria	Código	Exemplo de Citação
Diagnóstico de autolesão	Falta de domínio / Desconhecimento prévio	As vezes fica em cima do muro se a autolesão foi para aliviar sentimentos ou para se matar (P5–R2). Domínio no diagnóstico de autolesão, não tenho (P7–R1).
Anamnese do adolescente	Dificuldade em abordar o tema / Temas psiquiátricos não são habituais	A coleta da anamnese do paciente já que tem algum transtorno psiquiátrico, em si já é uma barreira muito grande (P4–R2). Meu principal ponto de dificuldade foi na anamnese (P9–R1).
Cuidados pós-lesão	Não é lembrado na consulta	Eu não lembrei de cuidar da lesão durante o atendimento (P2–R1). Essa parte de cuidado com a lesão, eu nunca tinha pensado nisso (P9–R1).
Fatores de risco	Reconhecimento parcial dos fatores	Dos fatores de risco, a gente tem aquele conhecimento geral, que talvez um profissional que não é pediatra tenha (P1 – R3).
Sigilo médico	Incerteza sobre quando quebrar	É difícil decidir se chamo os pais ou mantenho sigilo (P4 - R2). Cabe ao pediatra avaliar se vai contar ou não (P3 – R2).
Papel do pediatra	Sensação de impotência/ Importância do vínculo	Você se sente impotente. Não sabe o que fazer (P1–R3). Muitas vezes ele é o primeiro contato que aquela criança e que aquele adolescente tem (P8–R1).

Fonte: Elaborado pelos autores

Quadro 4 - Categoria: Simulações na Residência de Pediatria

Subcategoria	Código	Exemplo de Citação
Vivências prévias	Poucas simulações fora da emergência	Pelo menos na minha residência, só tive simulações de emergência (P1-R3). Chegamos na residência a gente não tem muito realmente de simulação, nem do geral avalie a parte mental mesmo (P5– R2).
Impacto do cenário de abordagem a autolesão não suicida	Aprendizado e reflexão	Que é uma forma da gente testar mesmo se sabe conduzir da forma correta, testar se aquilo que a gente pensa realmente funciona na prática (P8 – R1)
	Aproximação com a realidade	Ter um contato prévio que ajudasse a guiar a gente, como é que seria na prática, ajudaria (P7 – R1)
	Prática em situação segura	Apesar de eu ficar muito nervosa, dá a liberdade da gente poder errar sem medo (P5 – R2)
	Sensação de desconforto	Muito nervosismo e muitas taquicardias (P2 – R1)
	Local inadequado	A gente também não tava ali no ambiente mais propício, num momento eu tivesse atenção plena praquilo (P1 – R3) O problema maior foi mais o local, que a gente não tinha

		um local adequado (P8 – R1)
Feedback da simulação aplicada	Aprendizado com o erro	O ponto positivo que eu vejo também nessas simulações é sempre o feedback [...] eu tive que ser lembrada de cuidar da lesão, a partir daí eu mentalizei para sempre (P2 – R1)
Valorização da simulação	Desejo de inclusão oficial na matriz curricular	Eu acho que seria de extrema relevância a introdução da simulação na residência (P9 – R1) Eu acho que seria muito positivo para a gente, como residente (P1 – R3) Ferramenta de ensino muito eficaz, porque, você lembra bem; eu acho que fixa melhor o aprendizado (P7 – R1)

Fonte: Elaborado pelos autores

5.1 Ensino em saúde mental na residência pediátrica

A categoria ensino em saúde mental na residência pediátrica emergiu a partir da análise das narrativas dos residentes, revelando diferentes aspectos relacionados à forma como o tema é abordado ao longo da formação. Os dados evidenciaram percepções sobre a oferta de conteúdos teóricos e práticos, o momento e a intensidade do contato com a saúde mental durante a formação, as experiências vivenciadas nos diferentes rodízios, bem como sentimentos de preparo ou despreparo para o exercício da prática pediátrica frente a essas demandas. Além disso, os relatos apontaram tanto o interesse dos residentes pelo tema quanto o estranhamento diante de sua pouca inserção no currículo formal.

Os residentes relataram uma oferta limitada de conteúdos em saúde mental ao longo da residência, com escassez de aulas teóricas estruturadas e poucas oportunidades de aprendizagem prática. A abordagem do tema foi descrita como pontual e frequentemente restrita ao rodízio de psiquiatria infantil. Além disso, o contato mais sistematizado com a psiquiatria ocorre de forma tardia, concentrando-se no terceiro ano da residência, aspecto apontado como insuficiente para o desenvolvimento das competências necessárias ao manejo inicial de situações de sofrimento psíquico na prática pediátrica.

Durante a residência de pediatria, no hospital da pediatria, nunca tive aula de saúde mental, assim, voltado para a transtorno de saúde mental [...] Eu acho que é uma falha também dos próprios pediatras, já formados, né, em fornecer essa aula, realmente a gente fica, ah, só quem conseguiria fornecer uma aula boa de psiquiatria infantil seria um psiquiatra. (P1 – R3)

A gente acaba pegando muita criança que internou por outra coisa, mas tem um transtorno psiquiátrico muito importante e a gente acaba demorando para ver mesmo a psiquiatria, tipo, estudar mesmo a psiquiatria, porque é só no R3. Eu acho que a gente acaba demorando muito para isso. (P5 – R2)

Como a abordagem de saúde mental é muito deixada para o rodízio de saúde mental que ocorre somente no R3, então acontece que muitas vezes a gente não está preparado para lidar com essas situações. (P9 – R1)

Embora o rodízio de psiquiatria infantil tenha sido descrito como contribuinte para a ampliação do repertório clínico e para o reconhecimento de situações que demandam atenção especializada, os relatos sugerem que o limitado envolvimento ativo no cuidado dificulta o desenvolvimento de habilidades práticas e decisórias.

Essa vivência parece dificultar a apropriação do conteúdo, reforçando a ideia de que tais situações extrapolam o campo de atuação do pediatra e pertencem exclusivamente ao especialista. Como consequência, os residentes relatam uma tendência a se afastar desses temas, compreendendo-os como algo “difícil” ou pouco acessível, o que pode impactar negativamente o desenvolvimento de competências relacionadas ao reconhecimento inicial e à condução de demandas de saúde mental na prática pediátrica geral, como ressaltado na fala a seguir:

Lá no rodízio da psiquiatria infantil, a gente tem alguns ambulatórios que a gente atende e alguns ambulatórios que a gente observa. Normalmente o que a gente observa são os de psicose infantil, os que são de transtorno bipolar. [...] Realmente são pacientes muito complexos, e aí acaba que para a prática na pediatria, para a gente, tipo assim, como pediatra, fica uma coisa meio distante, sabe? Você não consegue muito se apropriar, você fica tipo, ah, é uma coisa que eu talvez não entenda tanto, você vai deixando para lá. (P1 – R3)

A percepção de despreparo apareceu de forma recorrente nos relatos, associada ao contato limitado com a saúde mental ao longo da formação, especialmente nos primeiros anos da residência. Os residentes relataram insegurança diante das demandas crescentes de adolescentes em sofrimento psíquico e apontaram que as experiências vivenciadas são pontuais e insuficientes para o desenvolvimento das habilidades necessárias à abordagem clínica.

A curta duração do rodízio em psiquiatria infantil reforça essa percepção, evidenciando lacunas formativas que se estendem desde a graduação, conforme ilustrado pela fala a seguir.

No R1 a gente tem pouquíssimo contato com a psiquiatria. O que eu tive contato também foram algumas consultas que eu acompanhei no mês de ambulatório, mas é mínimo, diante de todas as queixas e transtornos psiquiátricos, que a gente está vendo que está aumentando a prevalência, e eu acho, ainda não rodei na psiquiatria no R3, mas eu acho que um mês não seja o suficiente para a gente conseguir desenvolver a habilidade de abordar

um paciente que tem um transtorno psiquiátrico. E eu acho que isso não é só na residência, mas na faculdade em si também, e eu acho que a sociedade não está pronta também para o transtorno psiquiátrico na infância e na adolescência. (P4 – R2)

Apesar desse cenário, observou-se uma demanda ativa por maior inserção de saúde mental no currículo. Os participantes relataram grande adesão às poucas atividades existentes e reivindicaram o uso de metodologias inovadoras, como a simulação, já disponíveis institucionalmente:

Eu não tive nenhuma oportunidade em saúde mental, especificamente. Mas eu acho que seria muito bem-vindo e ajudaria bastante no nosso aprendizado, o uso da simulação nessa área. (P7 – R1)

Esses achados corroboram estudos prévios que descrevem a formação em saúde mental na residência pediátrica como superficial, mesmo quando prevista em diretrizes oficiais (McMillan; Land; Leslie, 2016; Vasconcelos *et al.*, 2018).

Pesquisas nacionais e internacionais têm destacado a importância da integração precoce e longitudinal desse tema, considerando a relevância crescente dos transtornos mentais na adolescência e o papel do pediatra como primeiro ponto de contato (Harris *et al.*, 2019; Vasconcelos *et al.*, 2018).

5.2 Autolesão não suicida na adolescência

No que se refere à categoria de autolesão não suicida na adolescência, os residentes relataram dificuldades conceituais. Em alguns casos, confundiam-na com tentativa de suicídio, demonstrando falta de clareza para diferenciar comportamentos distintos. Também houve relatos de insegurança quanto à interpretação clínica.

A anamnese do adolescente foi apontada como um desafio relevante, sobretudo na abordagem de temas relacionados à saúde mental e à autolesão. Os residentes relataram insegurança quanto à forma de conduzir essas questões sem gerar sofrimento adicional, destacando que, por se tratar de um processo menos estruturado que o exame físico, a anamnese exige habilidades para as quais se sentem pouco preparados. A ausência de formação específica durante a residência faz com que essa abordagem não faça parte da rotina da consulta, ocorrendo, em geral, apenas diante de queixas previamente explicitadas.

Eu acho que meu principal ponto de dificuldade foi na anamnese. O exame físico muitas vezes ele segue um passo a passo, a gente fica mais restrito a um roteiro, então acaba sendo mais fácil. A anamnese ela pode ter diversas abordagens, pode ir para diversos pontos, então eu sempre ficava muito receosa na forma correta de abordar o tema da saúde mental de forma a não causar mais sofrimento ao paciente, tratando nesses pontos que para eles são delicados. Então para mim era muito difícil como abordar isso de uma forma que não tornasse ainda pior para o paciente aquela situação ali. (P9–R1)

Da coleta da anamnese do adolescente com autolesão, eu acho que o que eu saberia coletar seria do meu conhecimento em geral e prévio, mas não de ter estudado ou aprendido na residência especificamente sobre isso. (P7 – R1)

Normalmente eu faço essas questões quando a mãe refere algum sintoma, alguma queixa pela parte dela, como tristeza, ou isolamento, ou então mudança no comportamento escolar. Nesses momentos é que eu penso em abordar essas questões. Mas confesso que não é da rotina, do habitual quando perguntar se caso essas queixas, essas questões não surgirem na consulta. (P8 – R1)

Outro achado relevante foi a dificuldade de reconhecer o cuidado pós-lesão como parte integrante do manejo da autolesão não suicida. Os residentes relataram que, durante o atendimento no cenário simulado, acabaram não abordando orientações básicas relacionadas ao cuidado da lesão, mesmo sendo condutas consideradas automáticas em outros contextos clínicos.

O foco predominante nos aspectos emocionais e psicológicos do paciente contribuiu para que a dimensão orgânica do cuidado fosse negligenciada, sendo sua importância reconhecida apenas posteriormente. Esses relatos evidenciam lacunas na formação que dificultam a compreensão do manejo integral da autolesão, conforme ilustrado pelas falas a seguir.

Eu não sabia, não lembrei que tinha que orientar os cuidados pós-lesão. Tipo assim, se fosse uma criança que se feriu num arame correndo, eu ia saber que tinha que lavar a lesão, que tinha não sei o que, e eu ia automaticamente fazer isso. Mas como era uma coisa que a gente não tem esse contato, então não lembrei que eu tinha que mandar lavar, que eu tinha que orientar coisas que seriam óbvias se fossem em outro quadro. (P1 – R3)

Eu também fui uma das pessoas que eu não lembrei de cuidar da lesão da menina, eu estava focadíssima em tentar descobrir o que que estava passando no interior dela, na vida dela, eu estava assim, ó, tirando toda a minha psiquiatria que eu vi na faculdade. (P2–R1)

Eu sempre pensava muito pela parte da saúde mental em relação a autolesão não suicida. Eu nunca pensei muito pela parte orgânica. Então na primeira parte da pesquisa, quando tocou naquele ponto de prevenção de infecções, prevenção de hemorragias, essa parte de cuidado com a lesão, eu nunca tinha pensado nisso, na verdade, foi um start bem grande. (P9–R1)

Os relatos evidenciaram insegurança dos residentes em relação ao manejo do sigilo médico no atendimento de adolescentes com comportamentos de autolesão, especialmente diante da necessidade de decidir sobre o envolvimento dos responsáveis legais. Os participantes expressaram dúvidas quanto aos limites do sigilo e ao momento adequado para compartilhar informações com os pais, descrevendo essa tomada de decisão como um dos aspectos mais difíceis do atendimento. Essa incerteza contribui para a percepção de dificuldade no manejo clínico dessas situações na prática diária do pediatra, conforme ilustrado pelas falas a seguir.

Trabalhando com crianças que são menores de idade, que têm outras pessoas como responsáveis, para mim é muito difícil definir quando dá para manter aquilo em sigilo ou quando é importante a participação dos pais no tratamento desse adoecimento. (P9 – R1)

A gente já tem dificuldade em abordar esse contexto da autolesão, aí como é que a gente vai saber se será que é aqui eu devo contar para os pais nesse exato momento? Como é que eu vou levar adiante toda essa situação? Em que momento eu devo chamar a atenção dos pais? Devo compartilhar com o responsável por aquele paciente? Acho que é uma situação bem difícil de a gente manejar no consultório. (P4 – R2)

Apesar das lacunas formativas identificadas, os residentes reconheceram o papel central do pediatra no cuidado ao adolescente, destacando o vínculo longitudinal como elemento fundamental para a identificação precoce de situações de risco e para a condução inicial dos casos.

Os participantes ressaltaram que, diferentemente do especialista, cuja atuação tende a ser mais pontual, o pediatra ocupa uma posição estratégica como primeiro contato do adolescente com o sistema de saúde, especialmente no contexto do SUS. Ao mesmo tempo, as falas evidenciam a consciência da necessidade de maior preparo para assumir esse papel, revelando a tensão entre a responsabilidade reconhecida e a percepção de insuficiência formativa.

O papel do pediatra no cuidado do adolescente é fundamental, porque é a gente que vai estar em contato com aquele paciente. Acho que o profissional especialista, o psiquiatra, ele vai vir mais pontualmente, mas que a abordagem mais duradoura, longitudinal, vai ser com a gente. Então, a gente... É fundamental e precisa ter mais domínio sobre isso, né? Porque, pelo menos até agora, até o final do R1, não sinto que estou preparada para isso, mas que preciso estar. (P7 – R1)

Eu acho que ele [o pediatra] tem um papel essencial, porque muitas vezes é o primeiro contato que aquela criança e que aquele adolescente tem, para que possa ser identificado uma situação de risco, e que essa situação

problema possa ter uma intervenção. Inclusive no SUS, para a criança chegar até o psiquiatra é muito mais difícil. E inclusive para ele chegar até o psiquiatra ele precisa de um profissional de saúde, anteriormente, para identificar que aquela criança ou aquele adolescente está vivendo uma situação que possa pôr em risco a saúde dele. (P8 – R1)

Esses achados convergem com evidências internacionais que apontam deficiências significativas no preparo de pediatras e residentes para o manejo de questões de saúde mental, incluindo a autolesão não suicida, devido a treinamentos limitados e pouco estruturados durante a formação (Klonsky *et al.*, 2011; Nock, 2010). Segundo Kerr, Muehlenkamp e Turner (2010), a complexidade clínica da ALNS exige capacitação específica em avaliação, comunicação e condução terapêutica, ressaltando a importância de estratégias formativas direcionadas.

5.3 Simulação na residência de pediatria

Na categoria referente à simulação na residência de pediatria, os participantes relataram escassez de vivências prévias de simulação fora dos cenários de emergência. Um residente observou: “Na residência, eu não tive nada referente à saúde mental de simulação” (P1–R3). O cenário sobre ALNS foi descrito como uma experiência marcante e transformadora, promotora de aprendizado, reflexão e segurança.

Mais positivo foi porque foi uma experiência totalmente diferente [...] me colocou numa situação super nova, mas não tinha parado pra pensar que as pessoas estudam como eu vou abordar isso aqui melhor (P1–R3).

Os residentes destacaram a importância de estratégias que possibilitem maior aproximação com a prática, especialmente diante da ausência de experiências prévias no manejo de situações de saúde mental. A simulação foi reconhecida como um espaço formativo que permite o primeiro contato com esse tipo de demanda, favorecendo o treino de habilidades comunicacionais e de acolhimento em um ambiente protegido.

Os participantes ressaltaram que essa vivência contribui para ampliar a compreensão do fenômeno, reduzir a insegurança e orientar a atuação futura, ao possibilitar que o residente experimente como se comportar e como conduzir o atendimento antes de enfrentar situações semelhantes na prática assistencial real.

Eu acho que entra muito nessa questão, que nós não somos treinados para lidar com saúde mental. Eu acredito que é isso, não me sinto preparada, eu saí da faculdade, estou no final do R1, e eu não me sinto preparada para isso. Então, acho que a simulação nesse cenário tem pontos positivos, porque é o momento de você realmente se voltar para aquilo, treinar aquela habilidade, para que depois você consiga colocar em prática. (P9 – R1)

Mais positivo foi porque eu não tinha tido isso ainda, nem com esse perfil de paciente, tipo, eu não tinha tido esse caso, nunca tinha tido na faculdade, nem na residência. Então positivo foi abrir a mente, né, pra esse tipo de quadro, e aí eu acho que para isso serviu bem. (P4 – R2)

Como é uma coisa que a gente não tem tanto contato, então ter um primeiro contato previamente com a criança que tentou suicídio, para eu saber como era que eu iria me comportar, como eu iria lidar, como eu teria que acolher essa criança, seria mais ou menos isso, entendeu? Do que eu chegar na emergência sem nunca ter tido isso e ter que atender da mesma forma. Então, acho que ter um contato prévio que ajudasse a guiar a gente, como é que seria na prática, ajudaria. (P7 – R1)

Os residentes destacaram o papel do feedback no reconhecimento de acertos e fragilidades de forma construtiva e não punitiva. Diferentemente de uma avaliação binária, o retorno recebido após o cenário permitiu compreender não apenas o que foi realizado adequadamente, mas também aquilo que deixou de ser abordado durante o atendimento.

Esse processo favoreceu a tomada de consciência sobre condutas essenciais, como o cuidado com a lesão, contribuindo para a fixação do aprendizado e para a incorporação dessas ações na prática futura. O feedback foi, assim, percebido como um elemento fundamental para transformar a experiência simulada em aprendizado significativo.

Outro ponto positivo que eu vejo também nessas simulações, é sempre um feedback que a gente tem depois. Não é que, ah, você acertou tudo, você errou tudo, mas assim, ah, você respondeu bem. Então, ah, eu tive que ser lembrada de cuidar da lesão, a partir daí eu mentalizei para sempre. Então é um feedback também do que você fez ou deixou de fazer, você aprende muito com isso também para levar, né. (P2–R1).

Houve também relatos de desconforto e nervosismo, atribuídos em parte ao ambiente inadequado em que a simulação ocorreu, quando aplicada no ambiente hospitalar.

Muito nervosismo e muitas taquicardias (P2–R1).

Eu acho que talvez se tivesse sido num local mais propício, num momento que tivesse uma atenção plena praquilo, né, num local onde tivesse silencioso, só a gente, enfim, teria sido mais adequado e o rendimento teria sido melhor, né. Acaba que foi uma coisa que, assim, teve que ser ágil, né,

pelo contexto da residência, e aí o que eu acho que isso faz com que a gente tenha menor, fixe menos o que aquela simulação trouxe, sabe? (P1–R3).

No entanto, por fim, prevaleceu a valorização da simulação como estratégia pedagógica. Os residentes defenderam sua inclusão formal no currículo da residência médica: “Eu acho que seria de extrema relevância a introdução da simulação na residência” (P9–R1). Outro ressaltou os impactos positivos na prática:

Poder ter essa oportunidade e já sair mais preparada do que muitos outros pediatras já formados, né, que já estão no mercado é um diferencial, de poder ter um pouco mais de segurança nesse tipo de atendimento. Além de ser positivo para os próprios pacientes, né? Se eu me sinto mais segura para fazer aquele atendimento, eu vou atender melhor, o paciente vai ser melhor assistido, né? Vira meio que um círculo positivo, assim, de ações. (P1–R3)

Essas percepções estão em consonância com a literatura, que aponta a simulação de alta fidelidade como recurso eficaz para o desenvolvimento de competências técnicas, emocionais e comunicacionais em cenários clínicos complexos (Presado *et al.*, 2018; Takvorian *et al.*, 2020; Dieckmann *et al.*, 2009). O debriefing estruturado e o ambiente seguro são componentes-chave para potencializar o impacto da estratégia, reduzindo a insegurança e favorecendo a consolidação da aprendizagem.

Os achados das três categorias evidenciam que a simulação de alta fidelidade se configura como uma estratégia pedagógica potente para o desenvolvimento de competências emocionais e comunicacionais no manejo da autolesão não suicida, no entanto, ainda persistindo dificuldades relacionadas a competências clínicas. Dessa forma, evidencia-se que a simulação não deve ser compreendida como intervenção isolada, mas como parte de um continuum formativo que integre prática supervisionada, metodologias ativas e espaços reflexivos.

Ao mesmo tempo, as falas analisadas revelam que a formação atual em saúde mental na residência pediátrica permanece fragmentada, tardia e insuficiente, aprofundando o sentimento de despreparo. As dificuldades relatadas — como desconhecimento conceitual sobre a autolesão não suicida, barreiras na anamnese com adolescentes, insegurança diante do sigilo médico e ausência de atenção ao cuidado pós-lesão — apontam não apenas déficits individuais, mas lacunas estruturais da formação.

Assim, fica evidente que os resultados indicam a necessidade de reestruturação curricular, com inserção longitudinal e sistemática de conteúdos e práticas em saúde mental ao longo dos três anos de residência.

Nesse cenário, a simulação emergiu como metodologia capaz de identificar essas insuficiências e provocar reflexões importantes na compreensão dos residentes sobre seu papel no cuidado de adolescentes em sofrimento. O debriefing estruturado mostrou-se central para articular percepção, prática e reflexão, permitindo que os residentes reconhecessem tanto suas fragilidades quanto suas possibilidades de desenvolvimento.

Ao mesmo tempo, a atividade simulada foi percebida como oportunidade segura para enfrentar um tema pouco explorado na formação, favorecendo aprendizado situado, fortalecimento da autoconfiança e ampliação da consciência sobre práticas e lacunas pessoais — elementos essenciais para a formação em saúde mental.

Por fim, os resultados desta pesquisa sugerem que a incorporação sistemática da simulação de alta fidelidade no currículo da residência médica pode constituir não apenas uma ferramenta de ensino, mas também um dispositivo avaliativo, capaz de revelar fragilidades formativas, apoiar decisões pedagógicas e orientar ajustes curriculares. Ao tornar visíveis competências ainda não consolidadas, a simulação oferece subsídios para que coordenadores e preceptores planejem intervenções educativas direcionadas.

Os achados deste estudo indicam que a simulação de alta fidelidade, sob a perspectiva da avaliação formativa, constitui um dispositivo pedagógico capaz de favorecer o desenvolvimento de competências emocionais e comunicacionais, além de contribuir parcialmente para competências clínicas no manejo da autolesão não suicida na adolescência. A articulação entre instrumentos avaliativos e momentos reflexivos permitiu identificar lacunas formativas e estimular reflexão crítica, configurando-se como estratégia de retroalimentação para o aprimoramento do ensino em saúde mental na residência pediátrica.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa qualitativa buscou compreender como residentes de pediatria percebem o processo avaliativo de suas competências durante uma simulação de alta fidelidade voltada ao manejo da autolesão não suicida em adolescentes. As análises evidenciaram que a simulação foi capaz de favorecer reflexão crítica e reconhecimento de fragilidades sobre competências emocionais e comunicacionais essenciais ao cuidado em saúde mental.

As narrativas dos residentes revelaram que a experiência simulada proporcionou um ambiente seguro para enfrentar um tema pouco explorado na formação, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades relacionadas à escuta, acolhimento e condução clínica inicial.

Os achados também apontaram lacunas estruturais na formação em saúde mental durante a residência pediátrica, reforçando a importância de estratégias educativas que ampliem o contato dos residentes com situações complexas de atendimento ao adolescente. Nesse contexto, a simulação de alta fidelidade demonstrou potencial como ferramenta complementar à formação, oferecendo subsídios para aprimorar a prática e orientar processos pedagógicos.

Como desdobramento das lacunas formativas identificadas na avaliação, elaborou-se o produto técnico “Guia Prático de Atendimento ao Adolescente com Autolesão Não Suicida” (Apêndice B). O guia foi concebido como instrumento de apoio ao desenvolvimento de competências clínicas e comunicacionais, podendo subsidiar processos de autoavaliação do residente e servir como referência para o preceptor na condução de feedback formativo, retroalimentando o processo ensino-aprendizagem e contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde mental na pediatria.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações desta pesquisa, destacam-se a realização em um único cenário institucional, a avaliação pontual e a ausência de grupo comparativo. Fatores contextuais, como ambiente físico e nervosismo, também podem ter influenciado a experiência dos participantes. Estudos futuros, com delineamentos longitudinais e em diferentes contextos formativos, poderão aprofundar a compreensão sobre a integração entre simulação e prática clínica no ensino da saúde mental pediátrica.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, R. *et al.* Training and simulation for patient safety. **Quality & safety in health care**, [s. l.], v. 19, 2010. Supplement 2: i34-43. DOI: 10.1136/qshc.2009.038562. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_2/i34. Acesso em: 6 mar. 2026.
- ALMEIDA, A. M.; KUBRUSLY, M.; AUGUSTO, K. L. Seria a simulação de alta fidelidade a abordagem educacional mais adequada para ensino de autolesão não suicida na adolescência? **Revista Acadêmica Online**, [s. l.], v. 11, n. 59, p. 1–20, set./out. 2025. DOI: <https://doi.org/10.36238/2359-5787.2025.v11n59.1717>. Disponível em: <https://www.revistaacademicaonline.com/index.php/rao/article/view/1717>. Acesso em: 6 mar. 2026.
- ALMEIDA, R. G. S. *et al.* Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1007-1013, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7fyQp4sk7xrVLc8WxrbLLQy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 6 mar. 2026.
- ALVES, F. J. O. *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health – Americas**, [s. l.], v. 31, p. 100691, 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00018-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00018-8/fulltext). Acesso em: 6 mar. 2026.
- ALVES, R. *et al.* O estado da arte da simulação clínica em pediatria. In: PEREIRA JÚNIOR, G. A.; GUEDES, H. T. V. (orgs.). **Simulação clínica: ensino e avaliação nas diferentes áreas da Medicina e Enfermagem**. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 2022. p. 307-312. ISBN 978-65-86406-04-7. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/12e33b16-7eee-4aaa-92b2-122f9a5afc96/content>. Acesso em: 6 mar. 2026.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>. Acesso em: 6 mar. 2026.
- BAI, M. S. *et al.* COVID-19 and mental health disorders in children and adolescents (Review). **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 317, p. 114881. 2022. DOI:

10.1016/j.psychres.2022.114881. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9550277/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

BACKES, D. S. *et al.* The focal group as a technique for data collection and analysis in qualitative research. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em:
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/538>
 Acesso em: 07 mar. 2026.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BJUREBERG, J. *et al.* Adverse clinical outcomes among youths with nonsuicidal self-injury and suicide attempts: a longitudinal cohort study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [s. l.], v. 63, n. 8, p. 921-928, 2022. DOI: 10.1111/jcpp.13544. Disponível em:
<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13544>. Acesso em: 07 mar. 2026.

BLACKWELL, C. K. *et al.* Longitudinal changes in youth mental health from before to during the COVID-19 pandemic. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 7, n. 8, p. e2430198, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.30198. Disponível em:
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2822801>. Acesso em: 07 mar. 2026.

BOMFIM TRAD, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2026.

BRASIL. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 251, 2016. ISSN 1677-7042. Disponível em: <https://www.in.gov.br/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 07 mar. 2026.

BROWN, R. C.; PLENER, P. L. Non-suicidal self-injury in adolescence. **Current Psychiatry Reports**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 20, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5357256/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

CARLOMAGNO, M. C.; ROCHA, L. C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, [s. l.], v. 7, n. 1, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/recp.v7i1.45771>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/45771>. Acesso em: 07 mar. 2026.

CARVALHO, S. R.; WUILLAUME, S. M.; SILVA, L. R. Desafios para o programa de residência médica em pediatria em três anos. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 115-119, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2020.v10n2-48>. Disponível em: <https://residenciapediatria.com.br/detalhes/457/desafios%20para%20o%20programa%20de%20residencia%20medica%20em%20pediatria%20em%20tres%20anos>. Acesso em: 07 mar. 2026.

CASE, J. A. C. *et al.* Functions of non-suicidal self-injury in late adolescence: a latent class analysis. **Archives of Suicide Research**, [s. l.], v. 24, p. S165-S186, 2019. Supplement 2. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6739178/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6739178/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

DANTE, A. *et al.* Dose-response relationship between high-fidelity simulation and intensive care nursing students' learning outcomes: an Italian multimethod study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 617, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020617>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8775508/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

DEBUS, M. Manual de excelência em la investigación mediante grupos focales. In: ESPERIDIÃO, E. (org.). **Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 2004. Disponível em: <https://metodo4ucab.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/03/manual-para-excelencia-en-la-investigacion-mediante-grupos-focales-compressed.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2026.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em: <https://bibliotecaweb.unicesumar.edu.br/acervo/79543>. Acesso em: 07 mar. 2026.

DESCHAMPS, P. *et al.* Training for child and adolescent psychiatry in the twenty-first century. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [s. l.], v. 29, p. 3-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01467-6>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6987048/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

DIECKMANN, P. *et al.* The art and science of debriefing in simulation: ideal and practice. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 31, n. 7, p. e287-e294, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1080/01421590902866218>. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/01421590902866218?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 07 mar. 2026.

ERICSSON, K. A. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 79, p. S70-S81, 2004. Supplement 10. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200410001-00022>. Disponível em: https://academic.oup.com/academicmedicine/article-abstract/79/Supplement_2/S70/8355666?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 07 mar. 2026.

FIOCRUZ. Saúde mental: especialistas falam sobre os desafios no cuidado de jovens e adolescentes. Fundação Oswaldo Cruz, 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/saude-mental-especialistas-falam-sobre-os-desafios-no-cuidado-de-jovens-e-adolescentes>. Acesso em: 13 dez. 2024.

FLAHERTY, H. B. Treating adolescent non-suicidal self-injury: a review of psychosocial interventions to guide clinical practice. **Child and Adolescent Social Work Journal**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 85-95, 2018. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2017-22602-001>. Acesso em: 07 mar. 2026.

FOLHA DE SÃO PAULO. Registros de ansiedade entre crianças e jovens superam os de adultos pela 1ª vez. *Folha Teen*, 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folhateen/2024/05/registros-de-ansiedade-entre-criancas-e-jovens-superam-os-de-adultos-pela-1a-vez.shtml>

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, [s. l.], v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/paideia/a/MmkPXF5fCnqVP9MX75q6Rrd/?lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2026.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: https://www.academia.edu/48899027/Como_Elaborar_Projetos_De_Pesquisa_6a_Ed_GIL. Acesso em: 07 mar. 2026.

HARRIS, E. *et al.* Mental health training in pediatric residency: where can we go? **The Journal of Pediatrics**, [s. l.], v. 211, p. 4-6, 2019. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(19\)30799-1/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(19)30799-1/fulltext). Acesso em: 07 mar. 2026.

HE, X. *et al.* Impulsivity and non-suicidal self-injury in adolescents: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Frontiers in Psychiatry**, [s. l.], v. 16, p. 1586922, maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1586922>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12133734/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

HE, Y.; *et al.* Adverse childhood experiences and nonsuicidal self-injury and suicidality in Chinese adolescents. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 7, n. 12, e2452816, dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.52816>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39786403/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

KERR, P. L.; MUEHLENKAMP, J. J.; TURNER, J. M. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. **Journal of the American Board of Family Medicine**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 240-259, mar./abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090110>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20207935/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

KIM, N. *et al.* Help-seeking behaviors in adolescents and young adults who engage in nonsuicidal self-injury: an integrative review. **Journal of Adolescent Health**, [s. l.], v. 77, n. 2, p. 191-210, ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.04.015>. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(25\)00165-X/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(25)00165-X/abstract). Acesso em: 07 mar. 2026.

LATEEF, F. Simulation-based learning: just like the real thing. **Journal of Emergencies, Trauma, and Shock**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 348-352, 2010. DOI: <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70743>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2966567/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

LUCAS, L. S. *et al.* Impactos da pandemia de Covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 74-77, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/34>. Acesso em: 07 mar. 2026.

MANNING, A. *et al.* Be ExPeRT (Behavioral Health Expansion in Pediatric Residency Training): a case-based seminar. **MedEdPORTAL**, [s. l.], v. 19, p. 11326, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10392710/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

MARIANI, D. *et al.* Registros de ansiedade entre crianças e jovens superam os de adultos pela 1ª vez. **Folha Teen**, 31 maio 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folhateen/2024/05/registros-de-ansiedade-entre-criancas-e-jovens-superam-os-de-adultos-pela-1a-vez.shtml>. Acesso em: 07 mar. 2026.

McEVOY, D. *et al.* Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: an umbrella review of systematic reviews. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 168, p. 353-380, dez. 2023. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2023.10.017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395623004557?via%3Dihub>. Acesso em: 07 mar. 2026.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2026.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/33023325_O_desafio_do_conhecimento_Pesquisa_qualitativa_em_saude. Acesso em: 07 mar. 2026.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. Disponível em: <https://bibliocetas.fct.unesp.br/Arquivos%20P%C3%BAblicos/Pesquisa%20Qualitativa%20Pesquisa%20Social%20-%20Teoria%2C%20M%C3%A9todo%20e%20Criatividade%20-%20minayo.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2026.

MOLONEY, F.; *et al.* Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: a meta-analysis. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 7, n. 6, e2415436, jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15436>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38874927/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

MORAES, C. *et al.* Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 294-295, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/N6vT8p8J9Sx7YrMfz3kX98d/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 mar. 2026.

MOREIRA, M. Fortaleza tem 13 CAPS infantis a menos do que o ideal, e fila pode passar de 6 meses, alerta Cedeca. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 28 nov. 2023. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/fortaleza-tem-13-caps-infantis-a-menos-do-que-o-ideal-e-fila-pode-passar-de-6-meses-alerta-cedeca-1.3517924>. Acesso em: 13 dez. 2024.

MUMMÉ, T. A.; MILDRED, H.; KNIGHT, T. How do people stop non-suicidal self-injury? **A systematic review. Archives of Suicide Research**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 470-489, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1222319>. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/13811118.2016.1222319?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 07 mar. 2026.

NOCK, M. K. Self-injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 6, p. 339-363, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>. Acesso em: 07 mar. 2026.

OJHA, R.; *et al.* Review of simulation in pediatrics: the evolution of a revolution. **Frontiers in Pediatrics**, [s. l.], v. 3, p. 106, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2015.00106>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4663268/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

OPAS. **Saúde mental dos adolescentes**. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 13 dez. 2024.

PLENER, P. L. *et al.* The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. **Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 2-11, 2015. DOI: 10.1186/s40479-

014-0024-3. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4579518/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

POUDEL, A. *et al.* Non-suicidal self-injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 96, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03769-3>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8827284/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

PRESADO, M. H. C. *et al.* Aprender com a simulação de alta fidelidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-60, jan. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.23072017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RX9xmyqWFqY3zqCYXHFwm7S/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2026.

QUESADA, A. A. *et al.* **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: 15 a 18 anos**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_15_18_anos.pdf. Acesso em: 07 mar. 2026.

RAGUNANTHAN, B.; FROSCH, E. J.; SOLOMON, B. S. On-site mental health professionals and pediatric residents in continuity clinic. **Clinical Pediatrics**, [s. l.], v. 56, n. 13, p. 1219-1226, 2017. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0009922816681136?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 07 mar. 2026.

RAMOS, A. M. *et al.* Assistência a pessoas com autolesão não suicida: construção e validação de um cenário simulado. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 19, p. e194282, 2023. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.194282. Disponível em: https://revistas.usp.br/smad/pt_BR/article/view/194282. Acesso em: 07 mar. 2026.

RCPCH. **The role of paediatricians in child mental health: position statement**. Royal College of Paediatrics and Child Health, 2024. Disponível em: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/role-of-paediatricians-child-mental-health-position>. Acesso em: 13 dez. 2024.

RESSEL, L. B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nzznnfzrCVv9FGXhwnGPQ7S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 mar. 2026.

RODRIGUES, T. D. F. F.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, J. A. As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. **Revista Prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/49>. Acesso em: 07 mar. 2026.

SCIVOLETTO, S.; *et al.* Child and adolescent psychiatry training in Brazil, Argentina, Uruguay and Chile: current panorama and future challenges. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 71-81, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01454-x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31802272/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

SCOOT, L. N. *et al.* Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: a multi-wave prospective study. **Comprehensive Psychiatry**, [s. l.], v. 58, p. 1-10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.018>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4369422/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

SILVA, A. C.; SANTOS, J. C. P.; VEDANA, K. G. G. **Autolesão não suicida: assistência e promoção de saúde mental**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2022. Disponível em: http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/Autolesao_nao_suicida_assistencia_e_promocao_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 07 mar. 2026.

SILVA FILHO, O. C. **Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/67c517ed-ff86-4f67-a88d-f741be3fc569>. Acesso em: 07 mar. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Requisitos mínimos para o Programa de Residência em Pediatria**. Rio de Janeiro: SBP, 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/PropostaResidMedica-Resumida.pdf. Acesso em: 1 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Residência médica de pediatria com duração de três anos: proposta SBP**. Brasília: Ministério da Educação, 2010. Disponível em: <portal.mec.gov.br/docman/agosto-2010-pdf/6532-pediatria-sesu-rm>. Acesso em: 15 out. 2025.

SWANNELL, S. V. *et al*. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [s. l.], v. 44, p. 273-303, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12070>. Acesso em: 07 mar. 2026.

TAKVORIAN, C. *et al*. Simulation-based pediatric training: a French national survey. **Archives de Pédiatrie**, [s. l.], v. 27, n. 8, p. 469-473, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X20301895?via%3DiHub>. Acesso em: 07 mar. 2026.

TAVARES, V. Saúde mental: especialistas falam sobre os desafios no cuidado de jovens e adolescentes. **Fundação Oswaldo Cruz**, 07 abr. 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/saude-mental-especialistas-falam-sobre-os-desafios-no-cuidado-de-jovens-e-adolescentes>. Acesso em: 13 dez. 2024.

TILTON-WEAVER, L. C.; MARSHALL, S. K.; SVENSSON, Y. Examining the methods adolescents use in nonsuicidal self-injury: a multi-wave latent profile analysis. **Journal of Adolescence**, [s. l.], v. 97, n. 6, p. 1530–1546, ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/jad.12345>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12318471/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

VASCONCELOS, M. M. A. *et al*. Habilidades dos residentes de pediatria na abordagem dos transtornos mentais na infância. **Revista de Pediatria SOPERJ**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 18-23, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Monica-Vasconcelos/publication/327456847_Habilidades_dos_residentes_de_pediatria_na_abordagem_dos_transtornos_mentais_na_infancia/links/5be9ec6792851c6b27ba3b59/Habilidades-dos-residentes-de-pediatria-na-abordagem-dos-transtornos-mentais-na-infancia.pdf. Acesso em: 07 mar. 2026.

VIANA, T. A cada 24 horas, CE tem 13 atendimentos de crianças e adolescentes por transtorno de ansiedade. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 12 dez. 2024. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/a-cada-24-horas-ce-tem-13-atendimentos-de-criancas-e-adolescentes-por-transtorno-de-ansiedade-1.3578211>. Acesso em: 13 dez. 2024.

WANG, Y. J. *et al*. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: a meta-analysis. **eClinicalMedicine**, [s. l.], v. 46, p. 101350, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8938878/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

WHITLOCK, J. *et al.* Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. **Journal of American College Health**, [s. l.], v. 59, n. 8, p. 691-698, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950249/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

WHO. **Mental health of adolescents**. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 13 dez. 2024.

YU, D. J. *et al.* The impact of social media use on sleep and mental health in youth: a scoping review. **Current Psychiatry Reports**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 104-119, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01481-9>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10948475/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

ZHENG, Y. *et al.* Non-suicidal self-injury and suicidal ideation among adolescents: the chain-mediating role of rumination and decentering. **Frontiers in Psychiatry**, [s. l.], v. 14, p. 1179518, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10540194/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOBRE SIMULAÇÃO E SAÚDE MENTAL NA PEDIATRIA

Qual a sua idade? _____

Qual gênero você se identifica?

() Masculino () Feminino () Não-binário () Homem transgênero () Mulher transgênero () Outro () Prefiro não dizer

Em que ano da residência de pediatria você se encontra?

() Primeiro ano () Segundo ano () Terceiro ano

Há quantos anos você concluiu a faculdade de medicina?

() Entre 6-12 meses () Há 1-2 anos () Há 3-4 anos () Há > 5 anos

Você conhece a simulação de alta fidelidade como metodologia de ensino?

() Sim () Não () Não tenho certeza

Você já participou de alguma atividade envolvendo simulação no período da graduação (por exemplo: atividades ou avaliações envolvendo simulação clínica com pacientes padronizados e/ou manequins, telessimulação ou Role-play)?

() Sim () Não

Você já participou de alguma atividade envolvendo simulação na sua residência até agora (por exemplo: atividades ou avaliações envolvendo simulação clínica com pacientes padronizados e/ou manequins, telessimulação ou Role-play)? Se sim, a atividade abordava qual tema (exemplo: emergências, cuidados intensivos, psiquiatria infantil, etc)? _____

Você já estudou o tema autolesão não suicida?

() Sim () Não

Ao longo da residência, você já teve contato com algum paciente com autolesão não suicida?

() Sim () Não () Não tenho certeza

Ao longo da residência, em que momento você se recorda de ter participado de alguma atividade de ensino relacionada a saúde mental na infância e adolescência pela primeira vez?

- () No primeiro ano de residência
- () No segundo ano de residência
- () No terceiro ano de residência
- () Ainda não tive atividades relacionada ao tema até este momento

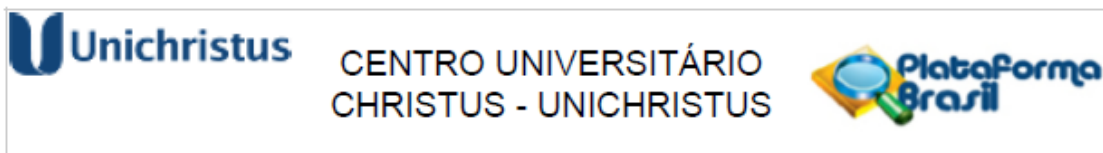
APÊNDICE B

GUIA PRÁTICO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE COM AUTOLESÃO NÃO
SUICIDA

Link para acesso: <https://www.canva.com/design/DAGkYNt8t-I/3zWH6ZwMFn2oZbJQzovriQ/edit>

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de simulações no ensino da assistência a adolescentes com autolesão não suicida para pediatras

Pesquisador: Amália Mapurunga Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82257724.7.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.044.417

Apresentação do Projeto:

O projeto é apresentado de forma satisfatória, com delineamento claro e objetivo do objeto de investigação, assim como dos elementos básicos, tais como, objetivos, hipótese, metodologia e referencial teórico, que possibilita um bom embasamento teórico.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa, que é "Avaliar a eficácia de um cenário de simulação de alta fidelidade na assistência a adolescentes com autolesões não suicidas no ensino de residentes de pediatria de um hospital infantil do Ceará" está em consonância com o desenho da pesquisa, bem como com os demais objetivos específicos e com a metodologia proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são apontados riscos ao público-alvo, mas à amostra da pesquisa, tendo em vista ser mencionado que "Por trata-se de amostra restrita a 15 residentes, há o risco de que os resultados não sejam representativos da população maior de residentes de

pediatria. Além disso, os residentes podem variar amplamente em suas habilidades e conhecimentos prévios, o que pode afetar os resultados". Quanto aos benefícios, "pode aumentar a competência e autoconfiança dos residentes no manejo de adolescentes com

ALNS", então, o estudo pode proporcionar uma ferramenta valiosa de avaliação precoce de casos de ALNS.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br

Continuação do Parecer: 7.044.417

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de suma importância para a formação do público-alvo, assim como pode elucidar dúvidas sobre como pais e educadores identificar os sinais nos corpos de crianças e adolescentes que praticam a autolesão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Recomenda-se ampla divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos e periódicos acadêmico-científicos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

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_2345907.pdf	10/08/2024 15:47:49		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_AMALIA_2.pdf	10/08/2024 15:47:03	Amália Mapurunga Almeida	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_AMALIA.pdf	07/08/2024 18:06:03	Amália Mapurunga Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_escaneada.pdf	03/07/2024 17:46:31	Amália Mapurunga Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	modelo_para_apresentacao_mestrado_Amalia.docx	03/07/2024 17:34:10	Amália Mapurunga Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_plataforma_brasil_amalia.docx	03/07/2024 17:32:41	Amália Mapurunga Almeida	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_plataforma_brasil_amalia.docx	03/07/2024 17:31:40	Amália Mapurunga Almeida	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_plataforma_brasil_amalia.docx	03/07/2024 17:30:47	Amália Mapurunga Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 7.044.417

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

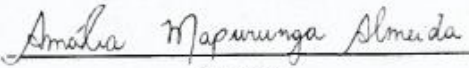
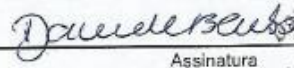
Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Uso de simulações no ensino da assistência a adolescentes com autolesão não suicida para pediatras			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 15			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4: Ciências da Saúde			
PESQUISADOR			
5. Nome: Amália Mapurunga Almeida			
6. CPF: 048.243.803-75		7. Endereço (Rua, n.º): Rua Coronel Amâncio Cavalcante, número 70A Montese FORTALEZA CEARA 60410540	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 85998001702	10. Outro Telefone:	11. Email: amliamapurunga@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>10</u> / <u>08</u> / <u>24</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.		13. CNPJ: 04.102.843/0001-50	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (85) 3265-6668	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Daiane B. Barbosa</u>		CPF: <u>321.833.833-87</u>	
Cargo/Função: <u>superadora de contas</u>			
Data: <u>10</u> / <u>08</u> / <u>24</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Dados de identificação

Título do Projeto: Uso de simulações no ensino da assistência a adolescentes com autolesão não suicida para pediatras

Pesquisador Responsável: Amália Mapurunga Almeida

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Unichristus

Telefone para contato: (85) 998001702

CEP/F Christus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 – Fone: (85) 3265-6668

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Uso de simulações no ensino da assistência a adolescentes com autolesão não suicida para pediatras”, de responsabilidade do pesquisador Amália Mapurunga Almeida.

Este projeto se justifica pela necessidade urgente de melhorar a formação dos pediatras em saúde mental e comportamental, utilizando uma abordagem inovadora e comprovadamente eficaz como a simulação de alta fidelidade.

Será utilizado um cenário de simulação de alta fidelidade, a ser aplicado em uma instituição de ensino superior da cidade em um turno, para assistência a adolescentes com autolesões não suicidas (ALNS) que envolve os seguintes recursos: um coordenador de simulação (responsável pelo desenvolvimento da simulação), cinco participantes (público-alvo), que participarão da atividade simulada, uma atriz (que irá simular a pessoa assistida no cenário). Serão disponibilizados pelos pesquisadores materiais para o estudo preliminar via e-mail para leitura e preparação preliminar (semanas) dos participantes. Após a prática do cenário, será realizado debriefing com o feedback dos participantes, que será gravado em áudio. Completada a participação no cenário, os avaliados serão convidados a responder a Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem.

Os benefícios incluem aumento da competência e autoconfiança no manejo de adolescentes com ALNS, proporcionando uma experiência prática e realista que pode ser difícil de obter em ambientes clínicos convencionais. Além disso, trata-se de oportunidade

para prática de habilidades de comunicação e trabalho em equipe em um ambiente seguro, o que é essencial para o manejo eficaz de casos complexos. Os resultados do estudo podem contribuir para o desenvolvimento de currículos de residência médica mais eficazes, especialmente no que diz respeito à formação em saúde mental e comportamental, além de incentivar o uso contínuo de simulações de alta fidelidade no treinamento médico.

A participação é *voluntária* e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos. As informações geradas são confidenciais e a privacidade dos sujeitos da pesquisa será mantida. Em caso de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa, a pesquisadora principal estará disponível para esclarecimentos.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

ANEXO D

ROTEIRO DO CENÁRIO SIMULADO: ASSISTÊNCIA A ADOLESCENTES COM AUTOLESÕES NÃO SUICIDAS

<i>Objetivo geral:</i> Acolher o adolescente, fortalecendo seu vínculo com o serviço de saúde, identificando os fatores de risco e proteção para o comportamento.
<i>Público-alvo:</i> Graduandos e profissionais da saúde.
<i>Recursos humanos:</i> - Um coordenador de simulação (responsável pelo desenvolvimento da simulação). - Dois participantes (público-alvo), que participarão da atividade simulada. - Uma atriz (que irá simular a pessoa assistida no cenário). Observadores (outros participantes que excedem o número de participantes previstos para o cenário).
<i>Recursos físicos e materiais:</i> Ambiente próximo à realidade de uma sala de atendimento de uma Unidade Básica de Saúde (unidade de baixa complexidade).
<i>Duração estimada (minutos):</i> Pré-briefing- 15; Simulação- 20; Debriefing- 40
<i>Materiais para o estudo preliminar pelos participantes e observadores:</i> Esses materiais serão disponibilizados pelos coordenadores de cenário via e-mail para leitura e preparação preliminar (semanas) pelos participantes e observadores. - Especialista em publicação de autolesão não suicida: https://inspiracao-leps.com.br/especialistas/autolesao-nao-suicida/ - Vídeo expositivo sobre autolesões não suicidas: https://www.youtube.com/watch?v=HuNgltxlYhY&t=3557s
<i>Pré-briefing (Informações sobre acordos e sobre a condução da simulação)</i> Apresentar o ambiente aos participantes do cenário. Discutir acordos sobre segurança emocional: sigilo, anonimato, respeito e a importância de participar da discussão após a simulação. Para este caso simulado, não estão previstas a passagem de plantão, a leitura do prontuário do usuário e a apresentação e/ou uso da prescrição medicamentosa. O acolhimento e avaliação de Júlia devem levar aproximadamente vinte minutos
<i>Briefing (Apresentação das orientações básicas do caso simulado - Podem ser lidas, não podendo ser omitida nenhuma informação):</i> Esta será uma simulação com uma paciente simulada (atriz). Duas alunas do Ensino Fundamental procuraram a professora de História de uma escola pública para apoio a uma colega com autolesão não suicida. Ao observar a aluna, a professora constatou que ela se isolou, é menos participativa em sala de aula e que suas notas estavam caindo. Além disso, tem chegado atrasada, dormido nas aulas, é apática e tem usado roupas inadequadas para a temperatura local. Após conversar com a aluna, a professora foi autorizada a entrar em contato com os responsáveis por ela, que se dispuseram a procurar profissionais de saúde para acompanhamento. O laboratório de simulação não sofrerá intervenção de pessoas externas à atividade e será finalizado após a conclusão da assistência pelos participantes ou ao término do tempo máximo de execução previsto. Pergunta para os participantes e observadores: Tem alguma dúvida sobre as orientações e preparação apresentadas?

Instruções à atriz (Instruções que compreendem a preparação da atriz para atuar no caso simulado. Esta preparação deve ser realizada nos dias que antecedem a simulação).

Você será Júlia, 14 anos. Ela está passando por alguns problemas familiares, sofre *bullying* e *cyberbullying* sobre seu corpo e vem se cortando há seis meses. Ela relaciona os cortes ao ato de atenuar a dor emocional. Durante a simulação, você abordará alguns sentimentos e sensações relacionados a autolesões não suicidas na forma de pistas.

Pistas que você necessariamente abordará no caso

- Você começou a se autolesionar há seis meses, e a frequência tem sido de três a quatro vezes por mês.
- Você não tem desejo de acabar com a própria vida, isto é, não tem ideação ou planos suicidas.
- Depois de se autolesionar, você cuida sozinho dos cortes, mantendo-os sempre escondidos.
- Você se sente sozinho e inseguro: “A maioria das pessoas ao meu redor só me julga por causa do meu corpo e me fazem sentir sozinha”.
- Você se lesiona sempre que passa por um momento muito estressante: “Quando não aguento mais o que fazem, eu me corto como forma de atenuar a dor emocional”.
- Você participa de grupos na Internet sobre autolesões não suicidas e, às vezes, isso aumenta o desejo de se cortar.
- Você gostaria de voltar a ser quem você era: “Sinto falta de como eu era antes, as pessoas me tratavam como alguém normal, e eu até me arrumava. Agora tenho vergonha por causa das cicatrizes.”
- Você tem afinidade com seu pai, embora ele não esteja muito presente por causa do trabalho, e com sua avó materna, que mora perto da casa onde você vive.

Pistas que você abordará se tiver a possibilidade/oportunidade

- *Bullying* e *Cyberbullying*. “Eles zombam de mim durante a aula e tiram fotos minhas escondidas para depois fazer montagens na *Internet*.”
- Falta de interesse na escola: “Não me sinto bem indo para a escola; quando chego lá, parece que todo mundo me olha e faz comentários sobre mim.”
- Relação com os amigos que contaram ao professor: “Eu gosto dos meus amigos; eles querem o que é melhor para mim. Mas eu tenho problemas com os outros colegas.”

Observação: a atriz deve conhecer o “Exame Clínico Objetivo Estruturado” (item seguinte) antes de seu desempenho para que possa programar suas pistas de acordo com o que se espera do cenário.

Exame Clínico Objetivo Estruturado (Itens a serem considerados na avaliação de desempenho dos participantes do cenário de acordo com o(s) objetivo(s) da simulação). Para cada um dos itens a seguir, avalie se a ação executada foi executada corretamente usando as opções de resposta SIM ou NÃO.

<i>Itens avaliados</i>	<i>Avaliação</i>
Ouvir sem julgamento, crítica ou preconceito.	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Encorajar a pessoa a expor a necessidade de ajuda, se deseja ser ajudada e como deseja ser ajudada.	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Encorajar a expressão de sentimentos, experiências e necessidades	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Identificar o tempo desde o início das lesões	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Identifique a frequência das lesões	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Identificar a existência e o processo de cuidado das lesões	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Identificar razões/motivações para o comportamento autolesivo.	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Avaliar o risco de suicídio (histórico, tentativas, ideação)	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Avaliar os fatores de risco e proteção	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Estimular estratégias de afrontamento do agente estressor e do comportamento autolesivo não suicida.	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
Ajudar a pessoa a identificar uma rede de apoio adequada.	☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não
<i>Debriefing*</i> [Etapa desenvolvida após o cenário através de três fases consecutivas (descritas a seguir). Neste momento, todos os participantes do cenário (participantes e observadores) serão convidados a refletir e falar sobre a simulação e experiências, conhecimentos, sentimentos e aprendizados envolvidos na prática simulada, enfatizando os aspectos elencados e avaliados nos itens do Exame Clínico Objetivo Estruturado]. <i>Debriefing</i> baseado no modelo “<i>The Diamond</i>” (Jaye, Thomas & Reedy, 2015).	
<i>Fase Descritiva</i> O que aconteceu durante o acolhimento inicial de Júlia? (Pergunta dirigida aos participantes e observadores do cenário). <i>Fase Analítica</i> Como você se sentiu durante o acolhimento inicial de Júlia? (Pergunta dirigida aos participantes e observadores do cenário). Quais ações positivas foram realizadas durante o acolhimento inicial de Júlia? (Pergunta dirigida aos participantes e observadores do cenário).	

Como você considera seu desempenho no trabalho em grupo durante o acolhimento inicial de Júlia? (Pergunta feita aos participantes do cenário).

Fase de Aplicação

O que você faria de diferente durante o acolhimento inicial de Júlia? (Pergunta dirigida aos participantes do cenário).

O que você pode levar dessa experiência simulada para a sua prática profissional? (Pergunta dirigida aos participantes e observadores do cenário).

Fonte: Ramos et al, 2023

ANEXO E

E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO ROTEIRO DE SIMULAÇÃO



Amália Mapurunga

Boa tarde, Aline, Meu nome é Amália, sou pediatra no Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza, Ceará. Tudo bem? Estou entrando em contato a respeito do seu

sex., 11 de out. de 2024, 12:50

☆



Aline Conceição Silva <csilvaaline@usp.br>

para mim ▾

Prezada Amália,

boa tarde! Como está? Fico muito feliz em saber que está trabalhando com a formação e atualização profissional para prevenção da autolesão não suicida.

Autorizo o uso do cenário, com utilização da autoria, ou seja, referência ao material.

Em relação ao post do especialista, recomendo utilizar como material educativo de apoio o ebook sobre promoção de saúde mental e cuidado da autolesão não suicida (em anexo). O material aborda de forma mais atualizada e aprofundada os pontos abordados no post do especialista que escrevi sobre autolesão não suicida.

http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/Autolesao_nao_suicida_assistencia_e_promocao_de_saude_mental.pdf

Agradeço imenso todo cuidado e carinho com nosso trabalho! E novamente parablenizo sua sensibilidade em fortalecer o processo formativo sobre o cuidado na autolesão não suicida.

Fico à disposição, sim?

Abraços,

Aline Conceição Silva
Professora Doutora
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4440794322404845> |
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5843-2517>
55 11 3061-7609

EE

USP

Escola de

ENFERMAGEM

Universidade de São Paulo

ANEXO F

**ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA
APRENDIZAGEM**

Item	
Satisfação com a aprendizagem atual	
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico.	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
3. Eu gostei do modo como meu professor ensinou através da simulação.	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
5. A forma como o meu professor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo.	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
A autoconfiança na aprendizagem	

6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu professor me apresentou	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do currículo médico-cirúrgico	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
9. O meu professor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente

	☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente
13. É responsabilidade do professor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula	☐ Concordo totalmente ☐ Concordo parcialmente ☐ Não concordo nem discordo ☐ Discordo parcialmente ☐ Discordo totalmente

Fonte: Adaptado de Almeida, et al, 2015.

ANEXO G

ARTIGO CIENTÍFICO REFERENTE AO BRAÇO QUANTITATIVO DO ESTUDO



SERIA A SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE A ABORDAGEM EDUCACIONAL MAIS ADEQUADA PARA ENSINO DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA?

WOULD HIGH-FIDELITY SIMULATION BE THE MOST APPROPRIATE EDUCATIONAL APPROACH FOR TEACHING ABOUT NON-SUICIDAL SELF-INJURY IN ADOLESCENCE?

¿SERÍA LA SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD EL ENFOQUE EDUCATIVO MÁS ADECUADO PARA LA ENSEÑANZA DE LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA?

DOI: 10.36238/2359-5787.2025.V11N59.1717

Submitted on: 10.21.2025 | Accepted on: 10.22.2025 | Published on: 10.27.2025

Amália Mapurunga Almeida¹
Marcos Kubrusly²
Kristopherson Lustosa Augusto³

RESUMO

A autolesão não suicida (ALNS) constitui um desafio crescente na prática pediátrica contemporânea, refletindo o aumento da demanda por cuidados em saúde mental infantojuvenil e a persistente limitação da formação médica nessa área. A ausência de preparo específico durante a residência em pediatria pode comprometer a capacidade de reconhecimento precoce, escuta qualificada e intervenção adequada frente a adolescentes em sofrimento psíquico. Nesse contexto, estratégias pedagógicas inovadoras, como a simulação de alta fidelidade, vêm sendo incorporadas à educação médica com o propósito de criar ambientes seguros e controlados para o desenvolvimento de habilidades clínicas, comunicacionais e atitudinais. Este estudo quantitativo, transversal e analítico teve como objetivo avaliar o impacto da simulação de alta fidelidade no ensino da abordagem da ALNS entre residentes de pediatria de um hospital infantil do Ceará. Participaram 35 residentes, dos quais 20 realizaram um cenário simulado previamente validado. A avaliação ocorreu por meio do Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO) e da Escala de Satisfação e Autoconfiança na Aprendizagem. Os resultados demonstraram altos níveis de satisfação e autoconfiança, principalmente nos aspectos relacionados à comunicação empática e ao acolhimento do paciente. Contudo, observou-se desempenho técnico insuficiente: 90% não investigaram a frequência das lesões e nenhum abordou os cuidados pós-lesão. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas, experiências prévias ou exposição anterior à simulação e melhores resultados no ECO. Conclui-se que, embora a simulação de alta

¹ Graduada em Medicina área de concentração em Pediatria, Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: amaliapapurunga@gmail.com

² Doutor em Néphrologie pela Université de Paris V, Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: mmkubrusly@gmail.com

³ Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: kristopherson@hotmail.com

Link para acesso:

<https://www.revistaacademicaonline.com/index.php/rao/article/view/1717>

ANEXO H

COMPROVANTE DE ENVIO DE ARTIGO CIENTÍFICO

Revista Brasileira de Educação Médica - Manuscript ID RBEM-2025-0321   Caixa de entrada x  

 **Revista Brasileira de Educação Médica RBEM** <onbehalf@manuscriptcentral.com>
para mim, mmmkubrusly, m.cordeirox, kristopherson ▾ 07:52 (há 38 minutos) ★ 😊 ↩ ⋮

 Parece que esta mensagem está em inglês x
[Traduzir para o português](#)

21-Oct-2025

Dear Dr. Almeida:

Your manuscript entitled "SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE NO MANEJO DA AUTOLESÃO NÃO SUICIDA: PERCEPÇÃO DE RESIDENTES DE PEDIATRIA" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Brasileira de Educação Médica.

Your manuscript ID is RBEM-2025-0321.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Educação Médica.

Sincerely,
Revista Brasileira de Educação Médica Editorial Office